

II

(Rättsakter vilkas publicering inte är obligatorisk)

KOMMISSIONEN

EUROPEISKA GEMENSKAPERNAS ADMINISTRATIVA KOMMISSION FÖR SOCIAL
TRYGGHET FÖR MIGRERANDE ARBETARE

BESLUT nr 202

av den 17 mars 2005

om de standardblanketter som behövs för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 och E 127)

(Text av betydelse för EES och för avtalet mellan EU och Schweiz)

(2006/203/EG)

ADMINISTRATIVA KOMMISSIONEN FÖR SOCIAL TRYGGHET FÖR MIGRERANDE ARBETARE HAR BESLUTAT FÖLJANDE

med beaktande av artikel 81 a i rådets förordning (EEG) nr 1408/71 av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen ⁽¹⁾, enligt vilken administrativa kommissionen skall handha alla administrativa frågor som rör förordning (EEG) nr 1408/71 och senare förordningar,

med beaktande av artikel 2.1 i förordning (EEG) nr 574/72 av den 21 mars 1972 om tillämpningen av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda eller deras familjer flyttar inom gemenskapen ⁽²⁾, enligt vilken det är administrativa kommissionens uppgift att utarbeta handlingar som behövs för tillämpningen av förordningarna,

med beaktande av beslut nr 153 av den 7 oktober 1993 om de nödvändiga standardblanketterna för tillämpning av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 001, E 103–E 127) ⁽³⁾,

med beaktande av beslut nr 164 av den 27 november 1996 om de nödvändiga standardblanketterna för tillämpning av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 101 och E 102) ⁽⁴⁾,

med beaktande av beslut nr 166 av den 2 oktober 1997 om ändring av blanketterna E 106 och E 109 ⁽⁵⁾,

⁽¹⁾ EGT L 149, 5.7.1971, s. 2. Förordningen senast ändrad genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 647/2005 (EUT L 17, 4.5.2005, s. 1).

⁽²⁾ EGT L 74, 27.3.1972, s. 1. Förordningen senast ändrad genom förordning (EG) nr 647/2005.

⁽³⁾ EGT L 244, 19.9.1994, s. 22.

⁽⁴⁾ EGT L 216, 8.8.1997, s. 85.

⁽⁵⁾ EGT L 195, 11.7.1998, s. 25.

med beaktande av beslut nr 168 av den 11 juni 1998 om ändring av blanketterna E 121 och E 127 och upphävande av blankett E 122 ⁽¹⁾,

med beaktande av beslut nr 179 av den 18 april 2000 om de standardblanketter som behövs för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 111, E 111 B, E 113–E 118 och E 125–E 127) ⁽²⁾,

med beaktande av beslut nr 185 av den 27 juni 2002 om ändring av beslut nr 153 av den 7 oktober 1993 (blankett E 108) ⁽³⁾,

med beaktande av beslut nr 186 av den 27 juni 2002 om de blanketter som behövs för tillämpningen av rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 (E 101) ⁽⁴⁾, och

av följande skäl:

- (1) Med anledning av utvidgningen av Europeiska unionen den 1 maj 2004 är det nödvändigt att ändra blanketterna E 001, E 101, E 102, E 103, E 104, E 106, E 107, E 108, E 109, E 112, E 115, E 116, E 117, E 118, E 120, E 121, E 123, E 124, E 125, E 126 och E 127.
- (2) Enligt avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet av den 2 maj 1992, kompletterat med protokollet av den 17 mars 1993, bilaga VI, skall rådets förordningar (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72 tillämpas inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.
- (3) Europeiska gemenskapen och dess medlemsstater och Schweiziska edsförbundet har slutit ett avtal om fri rörlighet för personer (avtalet med Schweiz) som trädde i kraft den 1 juni 2002. I bilaga II till avtalet hänvisas till förordningarna (EEG) nr 1408/71 och (EEG) nr 574/72.
- (4) Av praktiska skäl bör de blanketter som används inom Europeiska unionen och enligt EES-avtalet och avtalet med Schweiz vara identiska.

HÄRIGENOM FÖRESKRIVS FÖLJANDE.

1. Standardblankett E 101 som återges i beslut nr 186 skall ersättas av den bifogade blanketten.
2. Standardblankett E 102 som återges i beslut nr 164 skall ersättas av den bifogade blanketten.
3. Standardblankett E 105 som återges i beslut nr 153 skall upphävas.

Standardblanketterna E 001, E 103, E 104, E 107, E 112, E 120, E 123 och E 124 som återges i beslut nr 153 skall ersättas av de bifogade blanketterna.

4. Standardblanketterna E 106 och E 109 som återges i beslut nr 166 skall ersättas av de bifogade blanketterna.
5. Standardblankett E 108 som återges i beslut nr 185 skall ersättas av den bifogade blanketten.
6. Standardblanketterna E 115, E 116, E 117, E 118, E 125, E 126 och E 127 som återges i beslut nr 179 skall ersättas av de bifogade blanketterna.

⁽¹⁾ EGT L 195, 11.7.1998, s. 37.

⁽²⁾ EGT L 54, 25.2.2002, s. 1.

⁽³⁾ EUT L 55, 1.3.2003, s. 74.

⁽⁴⁾ EUT L 55, 1.3.2003, s. 80.

7. Standardblankett E 121 som återges i beslut nr 168 skall ersättas av den bifogade blanketten.
8. Landskoden för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen anges enligt följande:
”BE= Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT= Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.”
9. De behöriga myndigheterna i medlemsstaterna skall tillhandahålla berörda personer och organ de bifogade blanketterna. Varje blankett skall finnas tillgänglig på gemenskapens officiella språk och vara utformad på ett sådant sätt att uppställningen i de olika versionerna helt stämmer överens, så att det är möjligt för varje person eller organ som blanketten är avsedd för att få blanketten på sitt eget språk.
10. Detta beslut som ersätter besluten nr 153, 164, 166, 168, 179, 185 och 186 skall offentliggöras i *Europeiska unionens officiella tidning*. Det skall tillämpas från och med den första dagen i den månad som följer på dess offentliggörande.

Claude EWEN

Administrativa kommissionens ordförande

- Begäran om upplysningar
- Överlämnande av information
- Begäran om blanketter
- Påminnelse

gällande

- anställd
- egenföretagare
- gränsarbetare
- pensionstagare
- pensionssökande
- arbetslös
- ekonomiskt beroende person

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 84

Den institution som skickar blanketten fyller i del A och skickar två exemplar till den mottagande institutionen. Den senare fyller i del B och skickar tillbaka ett exemplar till den institution som skickade blanketten. Blanketten används som komplement till andra blanketter eller för utbyte av uppgifter mellan institutioner om dessa uppgifter inte finns på någon annan blankett. Den får inte användas i stället för en annan blankett.

Var vänlig texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

Del A

1. Institution till vilken blanketten ställs

- 1.1 Namn:
- 1.2 Institutionens identifieringsnummer:
- 1.3 Adress:

2. Uppgifter om den försäkrade⁽²⁾

- 2.1 Efternamn⁽³⁾:
- 2.2 Förnamn⁽⁴⁾:
- 2.3 Tidigare efternamn:
- 2.4 Kön⁽⁵⁾:

3. Medborgarskap⁽⁶⁾:

4. Födelsedatum och -ort

- 4.1 Födelsedatum⁽⁷⁾:
- 4.2 Födelseort⁽⁸⁾:
- 4.3 Region eller departement:
- 4.4 Land⁽¹⁰⁾:

5. Personnummer eller motsvarande⁽¹¹⁾

- 5.1 vid den institution som skickar blanketten:
- 5.2 vid den mottagande institutionen:

6. Adress:

7. Uppgifter om ärendet

- 7.1 Typ av förmån:
- 7.2 Ärendets diarienummer vid den sändande institutionen:
- 7.3 Ärendets diarienummer vid den mottagande institutionen:

8. Ekonomiskt beroende person⁽¹²⁾

8.1 Efternamn⁽³⁾:

8.2 Förnamn⁽⁴⁾:

8.3 Tidigare efternamn:

8.4 Födelseort⁽⁶⁾: Födelsedatum:

8.5 Kön: Medborgarskap⁽⁶⁾:

8.6 Personnummer eller motsvarande⁽¹¹⁾:
vid den sändande institutionen:
vid den mottagande institutionen:

8.7 Adress:

9. Begäran Påminnelse om begäran daterad:

Begäran gäller den person som namnges i avsnitt 2 8 Vänligen skicka

9.1 följande blanketter:

9.2 följande handlingar:

9.3 följande upplysningar:

9.4 Anledning till begäran:

10. Ändrade förhållanden; följande förändringar har ägt rum

.....

.....

.....

.....

11. Övriga upplysningar

.....

.....

.....

.....

12. Institution som fyller i del A

12.1 Namn:

12.2 Institutionens identifieringsnummer:

12.3 Adress:

12.4 Stämpel 12.5 Datum:

12.6 Underskrift:

Del B

13.

Som svar på er begäran daterad den bifogas:

13.1 följande blanketter:

13.2 följande handlingar:
.....

13.3 följande upplysningar:
.....

14.

Som svar på er begäran daterad den
måste vi meddela att vi tyvärr inte kan översända:

14.1 följande blanketter:

14.2 följande handlingar:

14.3 följande upplysningar:

14.4 Anledning:
.....
.....

15.

Övriga upplysningar

.....
.....
.....
.....
.....

16.

Med hänvisning till den blankett ni översände den
bekräftas vi att vi mottagit upplysningarna i avsnitt 10.

17.

Institution som fyller i del B

17.1 Namn:

17.2 Institutionens identifieringsnummer:

17.3 Adress:
.....

17.4 Stämpel 17.5 Datum:
.....

17.6 Underskrift:
.....

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Rad 2.1 till 2.4 med uppgifter om den försäkrade fylls i där så är tillämpligt.
- (³) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁵) Ange "M" för man och "F" för kvinna.
- (⁶) I förekommande fall anges dag för naturalisering.
För spanska institutioner anges för spanska medborgare numret på det nationella identitetskortet (DNI) eller N.I.E för utländska medborgare, om båda finns anges båda, även om giltighetstiden har gått ut. Om detta dokument saknas skrivs "Saknas".
- (⁷) Dag och månad skrivs med två siffror vardera och året med fyra siffror (exempel: 1 augusti 1921 = 01.08.1921).
- (⁸) För franska städer indelade i olika arrondissement anges arrondissementets nummer (exempel: Paris 14). För portugisiska distrikt anges även församling och kommun.
- (⁹) Dessa upplysningar är obligatoriska för försäkrade med spanskt, franskt eller italienskt medborgarskap. Beroende på land skall här anges det område där födelseorten är belägen. För en person född i kommunen Lille i Frankrike anges t.ex. "Nord" följt av departementskod om den försäkrade känner till det, i det här fallet "59". Den fullständiga uppgiften är alltså "Nord 59". För personer födda i Spanien anges endast regionen.
- (¹⁰) Landskod för den försäkrade personens födelseland i enlighet med anmärkning 1.
- (¹¹) För italienska institutioner anges skattenummer (*codice fiscale*).
För maltesiska institutioner anges ID-kortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare.
För slovakiska institutioner anges eventuellt slovakiskt födelsenummer.
- (¹²) Anges om tillämpligt.

INTYG OM TILLÄMPLIG LAGSTIFTNING

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 13.2 d, artikel 14.1 a, artikel 14.2 a, artikel 14.2 b, artikel 14a.1 a, artikel 14a.2 och 14a.4, artikel 14b.1, artikel 14b.2 och 14b.4, artikel 14c a, artikel 14e, artikel 17

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 11.1, artikel 11a.1, artikel 12a.2 a, artikel 12a.5 c och 12a.7 a, artikel 12b

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

1. Anställd Egenföretagare

1.1 Efternamn⁽²⁾:

1.2 Förnamn⁽³⁾:

1.3 Tidigare efternamn:

1.4 Födelsedatum: Nationalitet:

1.5 Stadigvarande adress
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:

1.6 Personnummer eller motsvarande⁽⁴⁾:

2. Arbetsgivare Verksamhet som egenföretagare

2.1 Namn eller företagsnamn:

2.2 Organisationsnummer eller motsvarande⁽⁵⁾:

2.3 Arbetsgivaren är ett personaluthyrningsföretag Ja Nej

2.4 Stadigvarande adress
Telefon: Fax: E-post:
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:

3. Ovanstående försäkrad

3.1 är anställd hos ovanstående arbetsgivare sedan
 utövar verksamhet som egenföretagare sedan
i

3.2 sänds ut eller skall utöva verksamhet som egenföretagare för en period som beräknas vara
fr.o.m. t.o.m.

3.3 i nedanstående företag på nedanstående fartyg

3.4 Företags- eller fartygsnamn:

3.5 Adress
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:

3.6 Organisationsnummer eller motsvarande⁽⁵⁾:

4. Vem ansvarar för utbetalning av den utsända arbetstagarens lön och för inbetalning av socialförsäkringsavgifter?

- 4.1 Den under punkt 2 nämnda arbetsgivaren
- 4.2 Det under punkt 3.4 nämnda företaget
- 4.3 Annan i så fall, ange namn

..... och

Adress

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

5. Den försäkrade fortsätter att omfattas av lagstiftningen i landet: (1)

5.1 enligt artikel:

- 13.2 d
- 14.1 a 14.2 a 14.2 b 14a.1 a 14a. 2 14a. 4
- 14b. 1 14b. 2 14b.4 14c. a 14e 17

i förordning (EEG) nr 1408/71

5.2 fr.o.m. t.o.m.

5.3 så länge verksamheten varar (se skrivelse från den behöriga myndigheten eller ett av denna myndighet utsett organ i sysselsättningslandet, som ger den försäkrade rätt att fortsätta att omfattas av lagstiftningen i utsändningslandet

av den referens)

6. Den behöriga institutionen i den medlemsstat vars lagstiftning är tillämplig

6.1 Namn:

6.2 Institutionens identifieringsnummer:

6.3 Adress

Telefon: Fax: E-post:

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

6.4 Stämpel

6.5 Datum:
.....

6.6 Underskrift:
.....

ANMÄRKNINGAR

Den utsedda institutionen i den medlemsstat vars lagstiftning den anställde omfattas av skall fylla i blanketten på begäran av arbetstagaren eller hans/hennes arbetsgivare och skicka den till den berörda personen. Om arbetstagaren skall sändas ut till Belgien, Danmark, Tyskland, Frankrike, Nederländerna, Österrike, Finland, Sverige eller Island skall institutionen även sända ett exemplar till följande institution: **Belgien:** för anställda, *Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor Sociale Zekerheid*, Bryssel; för egenföretagare, *Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants*; för sjömän, *Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins*, Antwerpen; för offentligt anställda, *Service des Relations internationales du Ministère des Affaires sociales*; **Danmark:** *Den Sociale Sikringsstyrelse*; **Tyskland:** *Deutsche Rentenversicherung-Bund*, 97041 Würzburg; **Frankrike:** *Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale* (Cleiss), Paris; **Nederländerna:** *Sociale Verzekeringsbank*; **Österrike:** *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*; **Finland:** Pensionsskyddscentralen (*Eläketurvakeskus*), Helsingfors; **Sverige:** Försäkringskassans huvudkontor, Stockholm; **Island:** *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Upplysningar till den försäkrade

Innan du lämnar det land där du är försäkrad för att bege dig till en annan medlemsstat för att arbeta skall du se till att du har de intyg som krävs för att få vårdförmåner (sjukvård, medicin, behandling etc.) i det land där du skall arbeta. Om du skall bo i det land där du arbetar ber du din sjukförsäkringsinstitution om en E 106-blankett och lämnar så snart som möjligt in den till den behöriga sjukförsäkringsinstitutionen på den plats där du skall arbeta. Om du vistas tillfälligt i det land där du skall arbeta ber du istället sjukförsäkringsinstitutionen om ett europeiskt sjukförsäkringskort. Om du behöver sjukvård under din vistelse i det andra landet måste du kunna visa upp sjukförsäkringskortet.

Upplysningar till arbetsgivaren

En medlemsstat som får en begäran om tillämpning av de ovannämnda artiklarna 14.1, 14b.1 eller 17 i förordning (EEG) nr 1408/71 skall i vederbörlig ordning underrätta arbetsgivaren och berörd arbetstagare om de villkor som gäller för att den utsände arbetstagaren skall kunna fortsätta att omfattas av dess lagstiftning.

Arbetsgivaren skall upplysas om att det under hela utsändningsperioden kan ske kontroller för att fastställa att denna inte har upphört. Dessa kontroller kan bl.a. omfatta inbetalningen av avgifter och upprätthållandet av anställningsförhållandet. Den utsända arbetstagarens arbetsgivare skall även informera den behöriga institutionen i etableringsstaten om alla ändrade förhållanden som uppstår under utsändningsperioden, särskilt

- om en begärd utsändning eller en begärd förlängning av en utsändning inte har ägt rum,
- om utsändningen har avbrutits, såvida inte detta avbrott i arbetstagarens verksamhet för företaget i anställningslandet enbart är tillfälligt,
- om den utsända arbetstagaren av sin arbetsgivare har överflyttats till ett annat företag i anställningslandet.

I de första två fallen skall arbetstagaren returnera denna blankett till den behöriga institutionen i den medlemsstat varifrån han/hon utsänts.

Upplysningar till institutionen på vistelseorten

Om den berörda personen kan visa upp rätt intyg (europeiskt sjukförsäkringskort eller blankett E 106) skall försäkringsinstitutionen i vistelselandet också preliminärt betala ut förmåner vid olycksfall i arbetet eller vid arbetsjukdom. Om institutionen i sådant fall behöver blankett E 123 skall den snarast begäras från följande institutioner:

Belgien: För anställda, vid arbetssjukdom *Fonds des maladies professionnelles/Fonds voor Beroepsziekten*, Bryssel, vid olycksfall i arbetet det försäkringsbolag som utsetts av arbetsgivaren.

Tjeckien: Den berörda personens sjukförsäkringskassa.

Danmark: *Arbejdsskadestyrelsen*, Köpenhamn.

Tyskland: Behörig *Berufsgenossenschaft*.

Estland: *Sotsiaalkindlustusamet*, Tallinn.

Spanien: *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social*.

Irland: *Department of Health, Planning Unit*, Dublin 2.

Italien: Behörigt regionalkontor vid *Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro* (INAIL).

Lettland: *Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra*, Riga.

Litauen: *Teritorinė ligonių kasa*.

Luxemburg: *Association d'assurance contre les accidents*.

Malta: *Diviżjoni tas-Saħħa, Triq il-Merkanti*, Valletta CMR 01.

Nederländerna: Behörig sjukförsäkringsinstitution.

Österrike: Behörig olycksfallsförsäkringsinstitution.

Polen: Regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia*.

Portugal: *Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*, Lissabon.

Slovakien: Den försäkrade personens sjukförsäkringsbolag eller socialförsäkringskontoret, Bratislava.

Finland: Olycksfallsförsäkringsanstalternas förbund (*Tapaturmavakuutuslaitosten Liitto*), Bulevarden 28, 00120 Helsingfors.

Sverige: Försäkringskassan.

Övriga medlemsstater: Behörig sjukförsäkringsinstitution.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.

Norge: *Folketrygdkontoret for Utenlandssaker*, Oslo.

Schweiz: För anställda arbetsgivarens olycksfallsförsäkringsinstitution, för egenföretagare den berörda personens olycksfallsförsäkringsinstitution.

Om arbetstagaren omfattas av fransk socialförsäkring är det hans/hennes sjukförsäkringskassa som är behörig att bevilja rätt till förmåner, vilket inte alltid är samma sjukförsäkringskassa som framgår av blankett E 101. I förekommande fall skall det europeiska sjukförsäkringskortet eller blankett E 123 begäras från kassan på arbetstagarens stadigvarande bosättningsort.

Om egenföretagare omfattas av ett finskt eller isländskt socialförsäkringssystem skall blankett E 123 alltid begäras.

Om en arbetstagare som omfattas av det isländska socialförsäkringssystemet råkar ut för olycksfall i arbetet eller ådrar sig arbetssjukdom skall arbetsgivaren alltid meddela detta till behörig institution.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) För arbetsgivare som omfattas av spansk lagstiftning anges socialförsäkringsnumret. För maltesiska institutioner anges ID-kortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare. För personer som omfattas av polsk lagstiftning anges PESEL- och NIP-nummer eller, om detta inte är möjligt, serie och nummer på ID-kort eller pass. För slovakiska institutioner anges eventuellt slovakiskt födelsenummer.
- (⁵) Vänligen ange så mycket information som möjligt som kan användas för att identifiera arbetsgivaren eller egenföretagarens företag. För fartyg ange namn och registreringsnummer.
Belgien: För anställda anges arbetsgivarens (företagets) registreringsnummer (*numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer*), för egenföretagare anges momsnummer.
Tjeckien: Ange ID-nummer (IČ).
Danmark: Ange CVR-nummer.
Tyskland: Ange arbetsgivarens företagsnummer (*Betriebsnummer des Arbeitgebers*).
Spanien: Ange arbetsgivarens avgiftskontonummer (*Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC*).
Frankrike: Ange SIRET-nummer.
Italien: Ange om möjligt företagets registreringsnummer.
Luxemburg: Ange arbetsgivarens registreringsnummer i socialförsäkringen och, för egenföretagare, socialförsäkringsnummer (CCSS).
Ungern: Ange arbetsgivarens registreringsnummer i socialförsäkringen och, för egenföretagare, företagets ID-nummer.
Polen: Ange NUSP-nummer om sådant finns, annars NIP- och REGON-nummer.
Slovakien: Ange ID-nummer (IČO).
Slovenien: Ange arbetsgivarens eller egenföretagarens registreringsnummer.
 För arbetstagare som omfattas av **finsk** lagstiftning om olycksfall i arbetet anges namnet på den behöriga olycksfallsförsäkringsinstitutionen.
Norge: Ange organisationsnummer.

FÖRLÄNGNING AV UTSÄNDNINGSPERIOD ELLER AV VERKSAMHET SOM EGENFÖRETAGARE

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 14.1 b, 14a.1 b, 14b.1 och 14b.2
Förordning (EEG) nr 574/72: artiklarna 11.2 och 11a.2

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Fylls i av arbetsgivare eller egenföretagare

1. Institution till vilken blanketten ställs (²)

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:

Telefon: Fax:

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

2. Anställd Egenföretagare

2.1 Efternamn (³):

2.2 Förnamn (⁴):

2.3 Tidigare efternamn:

2.4 Födelsedatum: Nationalitet:

2.5 Stadigvarande adress:

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

2.6 Personnummer eller motsvarande (⁵):

3. Ovannämnda försäkrade

har sänts ut
 utövar verksamhet som egenföretagare i enlighet med artikel

3.1 14.1a 14a.1 a 14b.1 14b.2 i förordning (EEG) nr 1408/71

3.2 för perioden fr.o.m. t.o.m.

3.3 i nedanstående företag på nedanstående fartyg

3.4 Företagsnamn eller fartygsnamn

3.5 Adress:

Telefon: Fax:

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

3.6 Organisationsnummer eller motsvarande (⁵)

4. För den försäkrade personen har tidigare utfärdats intyg om tillämplig lagstiftning (blankett E 101)

4.1 av följande institution

Namn:

Gata: Nr: Box:

Ort: Postnummer: Land:

4.2 den gällande t.o.m.

5. Vi anhåller om fortsatt tillämpning av landets lagstiftning för den försäkrade personen⁽¹⁾

5.1 för perioden fr.o.m. t.o.m.⁽⁷⁾

6. Arbetsgivare Egenföretagare

6.1 Namn eller firmanamn:
.....

6.2 Organisationsnummer eller motsvarande⁽⁶⁾:
.....

6.3 Adress:
Telefon: Fax:
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:

6.4 Stämpel 6.5 Datum:
.....

6.6 Underskrift:
.....

B. Fylls i av den behöriga myndigheten eller av det utsedda organet i sysselsättningslandet⁽⁶⁾

7. Vi förklarar att vi

7.1 samtycker till inte samtycker till

att den försäkrade person som anges under punkt 2 fortsätter att omfattas av landets lagstiftning om social trygghet

⁽¹⁾

7.2 för perioden fr.o.m. t.o.m.

8. Behörig myndighet eller utsett organ i sysselsättningslandet

8.1 Namn:
.....

8.2 Institutionens identifieringsnummer

8.3 Adress:
Tfn: Fax:
Gata: Nr: Box:
Ort: Postnummer: Land:

8.4 Stämpel 8.5 Datum:
.....

8.6 Underskrift:
.....

ANMÄRKNINGAR

Upplysningar till arbetsgivaren eller egenföretagaren

- a) Arbetsgivaren eller egenföretagaren fyller i del A av blanketten i fyra exemplar, som skall sändas till den behöriga myndigheten eller till det utsedda organet i det land till vilket den anställde har sänts ut eller där egenföretagaren utövar sin verksamhet:

Belgien: För anställda, *Office national de sécurité sociale/Rijksdienst voor sociale zekerheid*; för egenföretagare, *Institut national d'assurances sociales pour les travailleurs indépendants/Rijksinstituut voor sociale verzekering der zelfstandigen*, Bryssel; för sjömän, *Caisse de Secours et de Prévoyance des marins/Hulp-en Voorzorgskas voor Zeevarenden*, Antwerpen.

Tjeckien: *Česká správa sociálního zabezpečení*, Prag.

Danmark: *Den Sociale Sikringsstyrelse*, Köpenhamn.

Tyskland: *Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland*, Bonn.

Estland: *Sotsiaalkindlustusamet*, Tallinn.

Grekland: För anställda, regionalkontoret för *IKA-ETAM* (socialförsäkringsinstitutet); för sjömän *NAT* (Sjömännens pensionkassa); för egenföretagare den institution som utsetts för respektive yrkesgrupp enligt bilaga 10 - F. GREKLAND i förordning (EEG) nr 574/72.

Spanien: *Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Madrid.

Frankrike: *Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale* (Cleiss).

Irland: *Department of Social and Family Affairs, PRSI Special Collections Section, Gov. Buildings, Cork Rd., Waterford*.

Italien: *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*, Rom.

Lettland: *Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra*.

Litauen: *Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba*.

Luxemburg: *Centre commun de la sécurité sociale*, Luxemburg.

Ungern: *Országos Egészségbiztosítási Pénztá*, Budapest.

Malta: *Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali*, 38, Triq I-Ordinanza, Valletta, CMR 01.

Nederländerna: *Sociale Verzekeringsbank*, Amstelveen.

Österrike: *Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen- und Konsumentenschutz*, Wien.

Polen: *Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)*, Warszawa.

Portugal: På fastlandet: *Centro Regional de Segurança Social*; **Madeira:** *Direcção Regional de Segurança Social*, Funchal; **Azoreerna:** *Direcção Regional de Segurança Social*, Angra do Heroísmo.

Slovenien: *Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve*, Ljubljana.

Slovakien: *Sociálna poisťovňa*, Bratislava.

Finland: *Pensionsskyddscentralen (Eläketurvakeskus)*, Helsingfors.

Sverige: *Försäkringskassans huvudkontor*, Stockholm.

Storbritannien: *Inland Revenue, Centre for Non-Residents, Benton Park View, Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ*.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.

Norge: *Folketrygdkontoret for Utenlandssaker*, Oslo.

Schweiz: *Den Caisse de Compensation AVS* som skulle vara behörig för arbetstagaren eller egenföretagaren om schweizisk lagstiftning var tillämplig.

- b) Två exemplar av blanketten (med del B ifylld) sänds till arbetsgivaren eller till egenföretagaren. Arbetsgivaren vidarebefordrar ett exemplar till den anställde.
- c) En medlemsstat som får en begäran om tillämpning av de ovannämnda artiklarna 14.1 eller 14b.1 i förordning (EEG) nr 1408/71 skall i vederbörlig ordning underrätta arbetsgivaren och berörd arbetstagare om de villkor som gäller för att arbetstagaren skall kunna fortsätta att omfattas av dess lagstiftning.

Arbetsgivaren skall upplysas om att det under hela utsändningsperioden kan ske kontroller för att fastställa att denna inte har upphört. Dessa kontroller kan bl.a. omfatta inbetalningen av avgifter och upprätthållandet av anställningsförhållandet.

Den utsände arbetstagarens arbetsgivare skall även informera den behöriga institutionen i etableringsstaten om alla ändrade förhållanden som uppstår under utsändningsperioden, särskilt

- om en begärd utsändning eller en begärd förlängning av en utsändning inte har ägt rum,
- om utsändningen har avbrutits, såvida inte detta avbrott i arbetstagarens verksamhet i anställningslandet enbart är tillfälligt,
- om den utsända arbetstagaren av sin arbetsgivare har överflyttats till ett annat företag i anställningslandet.

I de första två fallen skall arbetstagaren returnera denna blankett till den behöriga institutionen i den medlemsstat varifrån han/hon utsänts.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Se informationen under punkt a, "Upplysningar till arbetsgivaren eller egenföretagaren".
- (3) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (4) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (5) För arbetstagare som omfattas av **belgisk** lagstiftning anges NISS-nummer.
För arbetstagare som omfattas av **tjeckisk** lagstiftning anges tjeckiskt födelsenummer.
För arbetstagare som omfattas av **dansk** lagstiftning anges CPR-nummer.
För arbetstagare som omfattas av **spansk** lagstiftning anges socialförsäkringsnumret.
För arbetstagare som omfattas av **italiensk** lagstiftning anges skattenummer (*codice fiscale*).
För arbetstagare som omfattas av **litauisk** lagstiftning anges nationellt registreringsnummer och nationellt socialförsäkringsnummer.
För arbetstagare som omfattas av **luxemburgsk** lagstiftning anges CCSS-nummer.
För arbetstagare som omfattas av **maltesisk** lagstiftning anges maltesiskt socialförsäkringsnummer.
För arbetstagare som omfattas av **nederländsk** lagstiftning anges SOFI-nummer.
För arbetstagare som omfattas av **polsk** lagstiftning anges PESEL- och NIP-nummer eller, om detta inte är möjligt, serie och nummer på ID-kort eller pass.
För arbetstagare som omfattas av **slovensk** lagstiftning anges ZZS-nummer.
För arbetstagare som omfattas av **slovakisk** lagstiftning anges slovakiskt födelsenummer.
- (6) Lämna så många uppgifter som möjligt som kan användas för att identifiera arbetsgivaren eller egenföretagarens företag.
För fartyg anges namn och registreringsnummer.
Belgien: För anställda anges företagets registreringsnummer (*numéro d'entreprise/ondernemingsnummer/Unternehmensnummer*); för egenföretagare anges momsnummer.
Tjeckien: Ange ID-nummer (IČ).
Danmark: Ange CVR-nummer.
Tyskland: Ange arbetsgivarens företagsnummer (*Betriebsnummer des Arbeitgebers*).
Spanien: Ange arbetsgivarens avgiftskontonummer (*Código de Cuenta de Cotización del Empresario CCC*).
Frankrike: Ange SIRET-nummer.
Luxemburg: Ange arbetsgivarens registreringsnummer i socialförsäkringen och, för egenföretagare, CCSS-nummer (CCSS).
Ungern: Ange arbetsgivarens registreringsnummer i socialförsäkringen och, för egenföretagare, företagets ID-nummer.
Malta: För maltesiska medborgare, ange ID-kortsnummer; för medborgare i andra länder, ange maltesiskt socialförsäkringsnummer.
Polen: Ange NUSP-nummer om sådant finns, annars NIP- och REGON-nummer, vid punkt 3.6. Ange PESEL- och NIP-nummer eller, om detta inte är möjligt, serie och nummer på ID-kort eller pass vid punkt 6.2.
Slovenien: Ange arbetsgivarens eller egenföretagarens registreringsnummer.
Slovakien: Ange företagets ID-nummer (IČO).
För arbetstagare som omfattas av **finsk** lagstiftning om olycksfall i arbetet anges namnet på den behöriga olycksfallsförsäkringsinstitutionen.
Norge: Ange organisationsnummer.
- (7) Denna period får inte överstiga 24 månader från det datum då utsändningen eller verksamheten som egenföretagare påbörjades.
- (8) Två exemplar skall återsändas till den sökande och ett exemplar skall sändas till den utsedda institutionen i det land i vilket företaget har sitt registrerade säte.

VAL AV TILLÄMPLIG LAGSTIFTNING

Förordning / (EEG) nr 1408/71: artikel 16.2 och 16.3

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 13.2 och 13.3, artikel 14.1 och 14.2

Efter att ha fyllt i del A av blanketten i enlighet med punkterna a) och b) i instruktionerna, skall den försäkrade lämna in eller skicka blanketten i enlighet med punkterna a) och c) i instruktionerna. Mottagande institution skall fylla i del B och därefter återsända ett exemplar till den försäkrade.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Fyll i blanketten i tre exemplar. Blanketten består av tre sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Val

1.	Undertecknad
1.1	Efternamn ⁽²⁾ :
1.2	Förnamn ⁽³⁾ :
1.3	Tidigare efternamn:
1.4	Födelsedatum:
	1.5 Nationalitet:
1.6	Personnummer eller motsvarande ⁽⁴⁾ :
2.	Anställd sedan den:
2.1 ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> som: vid följande beskickning eller konsulat:
2.2 ⁽⁴⁾	<input type="checkbox"/> som: i privat tjänst hos följande arbetsgivare ⁽⁵⁾ : tjänsteman vid följande beskickning eller konsulat:
2.3	<input type="checkbox"/> som medlem av Europeiska gemenskapernas hjälppersonal.
3.	väljer härmed att omfattas av socialförsäkringslagstiftningen i
3.1	⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> det land där han eller hon är medborgare
3.2	⁽⁶⁾ <input type="checkbox"/> det land vars lagstiftning han eller hon senast omfattades av, dvs. lagstiftningen i
	<input type="checkbox"/> Belgien <input type="checkbox"/> Tjeckien <input type="checkbox"/> Danmark <input type="checkbox"/> Tyskland <input type="checkbox"/> Estland
	<input type="checkbox"/> Grekland <input type="checkbox"/> Spanien <input type="checkbox"/> Frankrike <input type="checkbox"/> Irland <input type="checkbox"/> Italien
	<input type="checkbox"/> Cypern <input type="checkbox"/> Lettland <input type="checkbox"/> Litauen <input type="checkbox"/> Luxemburg <input type="checkbox"/> Ungern
	<input type="checkbox"/> Malta <input type="checkbox"/> Nederländerna <input type="checkbox"/> Österrike <input type="checkbox"/> Polen <input type="checkbox"/> Slovenien
	<input type="checkbox"/> Portugal <input type="checkbox"/> Slovakien <input type="checkbox"/> Finland <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Storbritannien
	<input type="checkbox"/> Island <input type="checkbox"/> Liechtenstein <input type="checkbox"/> Norge <input type="checkbox"/> Schweiz
	4. Ort och datum:
	5. Underskrift:
6.	Myndighet inom Europeiska gemenskaperna som har slutit avtalet med medlemmen av hjälppersonalen
6.1	Namn:
6.2	Adress:
6.3	Stämpel:
	6.4 Datum:
	6.5 Underskrift:

B. Intygande

7. Vi har noterat att den person som anges under punkt 1 omfattas av lagstiftningen i⁽⁶⁾

- | | | | | |
|------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Belgien | <input type="checkbox"/> Tjeckien | <input type="checkbox"/> Danmark | <input type="checkbox"/> Tyskland | <input type="checkbox"/> Estland |
| <input type="checkbox"/> Grekland | <input type="checkbox"/> Spanien | <input type="checkbox"/> Frankrike | <input type="checkbox"/> Irland | <input type="checkbox"/> Italien |
| <input type="checkbox"/> Cypern | <input type="checkbox"/> Lettland | <input type="checkbox"/> Litauen | <input type="checkbox"/> Luxemburg | <input type="checkbox"/> Ungern |
| <input type="checkbox"/> Malta | <input type="checkbox"/> Nederländerna | <input type="checkbox"/> Österrike | <input type="checkbox"/> Polen | <input type="checkbox"/> Portugal |
| <input type="checkbox"/> Slovenien | <input type="checkbox"/> Slovakien | <input type="checkbox"/> Finland | <input type="checkbox"/> Sverige | <input type="checkbox"/> Storbritannien |
| <input type="checkbox"/> Island | <input type="checkbox"/> Liechtenstein | <input type="checkbox"/> Norge | <input type="checkbox"/> Schweiz | |

7.1 fr.o.m. den

7.2 under den period den berörda personen har den anställning som anges i del A i blanketten⁽⁷⁾.

8.	Institution som utsetts av den behöriga myndigheten	
8.1	Namn:	
8.2	Institutionens identifieringsnummer:	
8.3	Adress:	
8.4	Stämpel	8.5 Datum:
		8.6 Underskrift:

Till personalen vid beskickningar eller konsulat och deras privata personal:

- a) Efter det att du fyllt i del A av blanketten, med undantag av punkt 6, skall du lämna ett exemplar till din arbetsgivare och skicka två exemplar till den institution som har utsetts av den behöriga myndigheten i det land vars lagstiftning du valt, dvs.

Belgien: *Office national de sécurité sociale*, Bryssel.

Tjeckien: *Česká správa sociálního zabezpečení*, Prag.

Danmark: *Den Sociale Sikringsstyrelse*, Köpenhamn.

Tyskland: Bonn-kontoret för den *Krankenkasse* som den försäkrade har valt.

Estland: *Sotsiaalkindlustusamet*, Tallinn.

Grekland: regional- eller lokalkontoret för socialförsäkringsinstitutet (*IKA*).

Spanien: *Tesorería General de la Seguridad Social - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, Madrid.

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance maladie*, Paris.

Irland: *Department of Social and Family Affairs*, Dublin.

Italien: det behöriga lokalkontoret för *Istituto nazionale della previdenza sociale INPS*.

Cypern: *Τμήμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων* (arbetsmarknads- och socialförsäkringsministeriet, avdelningen för socialförsäkring), 1465 Lefkosia.

Lettland: *Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra*.

Litauen: *Valstybinio socialinio draudimo fondo valdyba*, Vilnius.

Luxemburg: *Centre commun de la sécurité sociale*, Luxemburg.

Ungern: *Fővárosi és Pest Megyei Egészségbiztosítási Pénztár*, Budapest.

Malta: *Dipartiment tas-Sigurta' Soċjali*, Valletta.

Nederländerna: *Sociale Verzekeringsbank*, Amstelveen.

Österrike: den behöriga sjukförsäkringsinstitutionen.

Polen: *Zakład Ubezpieczeń Społecznych – ZUS*, Warszawa.

Portugal: *Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social*, Lissabon.

Slovenien: den behöriga regionala enheten för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)*.

Slovakien: *Sociálna poisťovňa*, Bratislava.

Finland: Pensionsskyddscentralen (*Eläketurvakeskus*), Helsingfors.

Sverige: Försäkringskassans huvudkontor, Stockholm.

Storbritannien: *Inland Revenue, Centre for Non-Residents*, Benton Park View, Newcastle-upon-Tyne, NE98 1ZZ.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavík.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft, Vaduz.*

Norge: *Folketrygdkontoret for utenlandssaker, Oslo.*

Schweiz: *Caisse fédérale de compensation, Bern.*

Till den myndighet inom Europeiska gemenskaperna som har behörighet att sluta anställningsavtal med extrapersonal:

- b) När en person som är medlem av hjälppersonalen vill utnyttja sin rätt att välja skall den behöriga myndigheten inom Europeiska gemenskaperna se till att den berörda personen fyller i del A av blanketten, med undantag av punkt 6, som skall fyllas i av denna myndighet.
- c) Två exemplar av blanketten skall sändas till den institution som har utsetts av den behöriga myndigheten i det land vars lagstiftning den berörda personen har valt (se punkt a ovan).

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR= Frankrike; IE = Irland; IT= Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) För arbetstagare som omfattas av belgisk lagstiftning anges nationellt registreringsnummer.
För arbetstagare som omfattas av spansk lagstiftning anges socialförsäkringsnummer.
För arbetstagare som omfattas av maltesisk lagstiftning anges numret på ID-kortet om det rör sig om en maltesisk medborgare och socialförsäkringsnumret om det rör sig om en utländsk medborgare.
För arbetstagare som omfattas av slovakisk lagstiftning anges slovakiskt födelsenummer.
För arbetstagare som omfattas av polsk lagstiftning anges PESEL- och NIP-nummer eller, om detta inte är möjligt, serie och nummer på ID-kort eller pass.
- (⁵) Ange arbetsgivarens för- och efternamn.
- (⁶) Sätt ett kryss i rutan vid det aktuella landet. Observera att personal vid beskickningar eller konsulat samt personer i privat tjänst hos dessa tjänstemän, endast får välja socialförsäkringslagstiftningen i det land där de är medborgare.
- (⁷) Rätten att välja för personal vid beskickningar eller konsulat samt personer i privat tjänst hos dessa tjänstemän får utövas i slutet av varje kalenderår.

INTYG FÖR SAMMANLÄGGNING AV FÖRSÄKRINGS-, SYSSELSÄTTNINGS- ELLER BOSÄTTNINGSPERIODER

Sjukdom – Moderskap – Dödsfall (ersättning) – Invaliditet

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 9.2, artikel 18.1, artikel 38.1, artikel 64
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 6.2, artikel 16, artikel 39.1 och 39.2, artikel 79

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten i två exemplar och skickar dem till institutionen i den medlemsstat vars lagstiftning den berörda personen senast omfattades av. Denna institution fyller i del B och skickar tillbaka blanketten till den första institutionen. Om blanketten utfärdas på begäran av den berörda personen skall den utfärdande institutionen fylla i del A 2 och B och lämna blanketten till den berörda personen.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor, av vilka ingen får utelämnas.

Part A

1. Institution till vilken blanketten ställs

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:

.....

2. Försäkrad

2.1 Efternamn⁽²⁾:
.....

2.2 Förnamn⁽³⁾: Födelsedatum:

2.3 Tidigare namn:

2.4 Personnummer eller motsvarande:
.....

2.5 Fr.o.m. det datum som anges i punkt 3.1 har den försäkrade utövat verksamhet som:
 anställd egenföretagare i⁽⁴⁾

2.6 Senaste arbetsgivarens namn eller företagsnamn
 Senaste verksamhet som egenföretagare
.....
Adress:

2.7 Tidigare arbetsgivare: Tidigare verksamhet som egenföretagare:
[Namn eller företagsnamn och adress]

.....

.....

.....

.....

3. För handläggningen av en ansökan som gjorts av ovannämnda försäkrade ber vi er lämna uppgifter om de försäkrings-, sysselsättnings- eller bosättningsperioder som han/hon fullgjort

3.1 fr.o.m. t.o.m.

3.2 enligt ert lands lagstiftning för förmåner vid:

- sjukdom och moderskap⁽⁵⁾ dödsfall (ersättning) invaliditet⁽⁶⁾

4. Behörig institution

4.1 Namn:

4.2 Institutionens identifieringsnummer:

4.3 Adress:

4.4 Stämpel

4.5 Datum:

4.6 Underskrift:

Del B

5. Den person som anges under punkt 2

5.1 har omfattats av sjuk- och moderskapsförsäkring fr.o.m. det datum som anges i punkt 3.1 (7)

5.2 har fr.o.m. den fullgjort

6. följande försäkrings- eller sysselsättningsperioder för följande förmåner: (5)

6.1 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.2 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.3 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.4 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.5 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.6 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.7 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.8 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.9 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

6.10 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7. följande bosättningsperioder:

7.1 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.2 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.3 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.4 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.5 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.6 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.7 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.8 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.9 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

7.10 fr.o.m. t.o.m. (8) för (9) förmånsslag (10)

8. Institution som fyller i del B

8.1 Namn:

8.2 Institutionens identifieringsnummer:

8.3 Adress:

8.4 Stämpel

8.5 Datum:

8.6 Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som först fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Ange land.
- (⁵) Endast om blanketten är ställd till en institution i Belgien, Frankrike, Grekland, Liechtenstein eller Schweiz anges förmånsslaget med följande koder: N = vårdförmåner, E = kontantförmåner.
- (⁶) För franska och lettiska institutioner.
- (⁷) Ifylls endast om den behöriga institutionen är en belgisk institution.
- (⁸) Om intyget är avsett för en institution i Belgien, Tjeckien, Grekland, Lettland, Litauen, Polen eller Liechtenstein anges om verksamhetsperioderna var som anställd eller som egenföretagare med följande koder: D = anställd, I = egenföretagare.
Om intyget är avsett för en institution i Tyskland, Litauen, Luxemburg eller Polen anges försäkringsperioderna under punkt 7 med följande koder: P = obligatorisk försäkring, F = frivillig försäkring.
- (⁹) Ange förmånsslaget med följande koder:
A = sjukdom och moderskap, B = dödsfall (ersättning), O = invaliditet.
- (¹⁰) Om den behöriga institutionen är cyprisk, tysk, irländsk, ungersk, österrikisk eller brittisk, sätts ett kryss i denna ruta om försäkringsperioden eller bosättningsperioden motsvarar en faktisk sysselsättningsperiod och typ av anställning eller verksamhet som egenföretagare anges.
-

INTYG OM RÄTT TILL VÄRDFÖRMÅNER FRÅN SJUK- OCH MODERSKAPSFÖRSÄKRING FÖR PERSONER BOSATT I
ANNAN STAT ÄN DEN BEHÖRIGA STATEN

Anställda och egenföretagare och deras familjemedlemmar bosatta tillsammans med dem samt
familjemedlemmar till arbetslösa

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 a, artikel 19.2, artikel 25.3 i
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 17.1 och 17.4, artikel 27 (första meningen)

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten och skickar två exemplar till den försäkrade eller, i förekommande fall, via förbindelseorganet till institutionen på bosättningsorten om blanketten utfärdas på begäran av denna institution. Så snart de två exemplaren mottagits fyller den senare institutionen i del B och återsänder ett exemplar till den behöriga institutionen.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Underrättelse om rätt till förmåner

1. Institution på bosättningsorten (2)

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:

1.4 Referens: er E 107-blankett daterad den

2. Den försäkrade

2.1 Efternamn (3):

2.2 Förnamn (4): Födelsedatum:

2.3 Tidigare efternamn:

2.4 Adress i bosättningslandet:

2.5 Personnummer eller motsvarande:

2.6 Den försäkrade är anställd

2.7 Den försäkrade är egenföretagare

2.8 Den försäkrade är gränsarbetare (anställd)

2.9 Den försäkrade är gränsarbetare (egenföretagare)

2.10 Den försäkrade är arbetslös

3. Familjemedlem (5)

3.1 Efternamn (3):

3.2 Förnamn (4): Födelsedatum:

3.3 Tidigare efternamn:

3.4 Adress i bosättningslandet:

3.5 Personnummer eller motsvarande:

4.1 Den ovannämnda försäkrade och hans/hennes familjemedlemmar (6) som är bosatta med honom/henne

4.2 Den ovannämnde arbetslöses familjemedlemmar (6)

5. har rätt till sjuk- och moderskapsförmåner
fr.o.m.

6. De berörda personerna behåller sin rätt

6.1 tills det meddelas att detta intyg inte längre är giltigt.

6.2 för en period av ett år fr.o.m. det datum som anges under punkt 5 (7).

6.3 t.o.m. (8)

7. Behörig institution för sjuk- och moderskapsförsäkring

7.1 Namn:

7.2 Institutionens identifieringsnummer:

7.3 Adress:

.....

.....

7.4 Stämpel

7.5 Datum:

7.6 Underskrift:

B. Underrättelse om registrering (9)

8.

8.1 Den försäkrade som nämns under punkt 2 och hans/hennes familjemedlemmar

8.2 Familjemedlemmarna till den arbetslösa person som nämns under punkt 3

8.3 registrerades hos oss den

8.4 kan inte registreras hos oss av följande orsak

9.

9.1	Efternamn (3)	Förnamn (4)	Tidigare efternamn	Födelsedatum	Personnummer eller motsvarande
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9

10. Institutionen på bosättningsorten

10.1 Namn:

10.2 Institutionens identifieringsnummer:

10.3 Adress:

.....

.....

10.4 Stämpel

10.5 Datum:

10.6 Underskrift:

.....

Upplysningar till den försäkrade

- a) Denna blankett ger rätt till vårdförmåner från sjuk- och moderskapsförsäkring för dig själv och dina familjemedlemmar. Denna blankett är inte avsedd för dig som är arbetslös, den är avsedd endast för dem av dina familjemedlemmar som är bosatta i en annan medlemsstat än den i vilken du är försäkrad.
- b) De två exemplar av blanketten som är dina måste så snart som möjligt överlämnas till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring på din bosättningsort. Om du är arbetslös måste blanketten överlämnas av dina familjemedlemmar till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring på deras bosättningsort.
- c) Sjuk- och moderskapsförsäkringsinstitutionerna är följande:
- Belgien:** Den *mutualité* som valts.
- Tjeckien:** *Zdravotní pojišťovna* på bosättningsorten.
- Danmark:** Kommunkontoret på bosättningsorten.
- Tyskland:** Den *Krankenkasse* på bosättningsorten som den berörda personen själv valt.
- Estland:** *Eesti Haigekassa*.
- Grekland:** Normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade personen behöver för att kunna få vårdförmåner.
- Spanien:** *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* på bosättningsorten. Om du är i behov av förmåner kan du vända dig till läkare och sjukhus som är anslutna till det spanska socialförsäkringssystemet. Blanketten skall inlämnas tillsammans med en fotokopia.
- Frankrike:** *Caisse primaire d'assurance maladie*.
- Irland:** Lokalkontoret för *Health Service Executive*.
- Italien:** Normalt den *Azienda sanitaria locale* som ansvarar för det berörda området. För sjömän och besättningsmän på civilflygplan *Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o area*.
- Cypern:** *Υπουργείο Υγείας*, 1448 Lefkosia (hälsoministeriet). Berörda personer kan ansöka om ett cypriskt sjukvårdskort, som krävs för att få vårdförmåner vid offentliga sjukvårdsinrättningar.
- Lettland:** *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*.
- Litauen:** Lokala patientfonden, institutioner för sjuk- och moderskapsförsäkring.
- Luxemburg:** *Caisse de maladie des ouvriers*.
- Ungern:** Behörigt lokalkontor för *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár*.
- Malta:** *Entitlement Unit, Ministry of Health*, 23, John Street, Valletta.
- Nederländerna:** En behörig sjukkasse på bosättningsorten.
- Österrike:** *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.
- Polen:** Regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* på bosättningsorten.
- Portugal: På fastlandet:** *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* på bosättningsorten; **Madeira:** *Centro de Segurança Social da Madeira*, Funchal; **Azorerna:** *Centro de Prestações Pecuniárias* på bosättningsorten.
- Slovenien:** *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)*.
- Slovakien:** Det *zdravotná poisťovňa* som den försäkrade personen valt.
- Finland:** Folkpensionsanstaltens (*Kansaneläkelaitos*) lokalkontor.
- Sverige:** Försäkringskassan på bosättningsorten.
- Storbritannien och Nordirland:** *Department for Work and Pensions, the Pension Service*, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne; **Nordirland:** *Department for Social Development, Overseas Benefits Branch*, Block 2, Castle Buildings, Belfast.
- Island:** *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavík.
- Liechtenstein:** *Amf für Volkswirtschaft*, Vaduz.
- Norge:** *Det lokale trygdekontor* på bosättningsorten.
- Schweiz:** *Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG*, Solothurn.
- d) Denna blankett är giltig från och med det datum som anges under punkt 5 och för den period som anges under punkt 6.
- e) Du eller dina familjemedlemmar måste underrätta den försäkringsinstitution till vilken blanketten sänts om alla förändrade omständigheter som kan påverka rätten till vårdförmåner, såsom upphörande eller byte av anställning eller om du eller en familjemedlem byter bosättnings- eller vistelseort.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution finns som utfärdar intyget: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Fylls i endast om blanketten utfärdas på begäran av institutionen på bosättningsorten.
- (³) Ange efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁵) Fylls i endast om blanketten avser familjemedlemmar till en arbetslös person. Ange namn på endast en familjemedlem, eftersom bosättningslandets lagstiftning bestämmer vilka familjemedlemmar som har rätt till förmåner.
- (⁶) Bosättningslandets lagstiftning avgör vilka familjemedlemmar som har rätt till förmåner.
- (⁷) Om blanketten utfärdas av en tysk, fransk, italiensk eller portugisisk institution.
- (⁸) Om blanketten utfärdas av en grekisk, ungersk eller brittisk institution för anställda eller egenföretagare.
- (⁹) Om denna blankett utfärdas för att förnya ett tidigare intyg behöver del B inte fyllas i.
-

BEGÄRAN OM INTYG OM RÄTT TILL VÄRDFÖRMÄNER

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 a, artikel 19.2, artikel 22.1 a i, 22.1 b i och 22.1 c i, artikel 22.3, artikel 25.1 a och artikel 3 i, artikel 26.1, artikel 28.1 a, artikel 29.1 a, artikel 31 a, artikel 52 a, artikel 55.1 a i, 55.1 b i och 55.1 c i
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 17.1, artikel 21.1, artikel 22.1 och 22.3, artikel 23, artikel 27 första meningen, artikel 28, artikel 29.1 och 29.2, artikel 30.1, artikel 31.1 och 31.3, artikel 60.1, artikel 62.3, 62.4 och 62.7, artikel 63.1 och 63.3.

Institutionen på bosättnings- eller vistelseorten fyller i del A och sänder två exemplar av blanketten till den behöriga institutionen med beaktande av bestämmelserna i ovannämnda artiklar i förordning (EEG) nr 574/72. Om den senare institutionen inte har möjlighet att sända den begärda blanketten skall den fylla i del B och återsända ett av de två exemplaren till den institution som sände blanketten. Om det behöriga landet är Belgien skall blanketten sändas till sjukförsäkringsinstitutionen utom då det rör sig om ett styrkt olycksfall i arbetet eller sjukdom erkänd som arbetssjukdom.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Ifylls av institutionen på bosättnings- eller vistelseorten

1.	Institution till vilken blanketten ställs
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:

2.	<input type="checkbox"/> Den försäkrade
2.1	Efternamn ⁽²⁾ :
2.2	Förnamn ⁽³⁾ : Födelsedatum:
2.3	Tidigare efternamn:
2.4	Adress:
2.5	Personnummer eller motsvarande ⁽⁴⁾ :
2.6	<input type="checkbox"/> Person som har rätt till pension på grund av <input type="checkbox"/> ålder <input type="checkbox"/> invaliditet <input type="checkbox"/> efterlevande <input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> arbetssjukdom
2.7	Institution som ansvarar för utbetalning av pension:

3.	<input type="checkbox"/> Senaste arbetsgivare ⁽⁵⁾ <input type="checkbox"/> Senaste verksamhet som egenföretagare ⁽⁵⁾
3.1	Namn:
3.2	Adress:
3.3	Verksamhetsområde ⁽⁶⁾ :
3.4	Institution för arbetsolycksfallsförsäkring hos vilken arbetsgivaren är försäkrad ⁽⁷⁾ :

B. Ifylls av den behöriga institutionen

10.

10.1 Var vänlig fyll i och underteckna ovannämnda bifogade blankett och återsänd ett vederbörligt ifyllt och undertecknat exemplar till oss ⁽¹⁾.

10.2 Vi kan inte utfärda det intyg som begärs i del A eftersom:

.....
.....

11.

Behörig institution

11.1 Namn:

11.2 Institutionens identifieringsnummer:

11.3 Adress:

.....
.....

11.4 Stämpel

11.5 Datum:

.....

11.6 Underskrift:

.....

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR= Frankrike; IE = Irland; IT= Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) För italienska institutioner anges skattenummer (*codice fiscale*).
För maltesiska institutioner anges ID-kortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare.
För slovakiska institutioner anges eventuellt slovakiskt födelsenummer.
För spanska institutioner anges för spanska medborgare numret på det nationella identitetskortet (DNI), för utländska medborgare, anges NIE-numret. Om giltighetstiden för DNI eller NIE löpt ut anges "saknas".
- (⁵) Ifylls endast om blanketten gäller en anställd eller egenföretagare eller en arbetslös.
- (⁶) Ifylls endast om blanketten gäller en anställd som antas ha råkat ut för ett olycksfall i arbete.
- (⁷) För Spanien: *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* eller *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Marina* för det särskilda systemet för sjömän.
- (⁸) Ifylls endast för de familjemedlemmar för vilka ansökan om förmåner eller begäran om registrering gjorts. För registrering anges endast en av familjemedlemmarna.
- (⁹) Ifylls endast om familjemedlemmarnas adress är en annan än familjeförsörjarens.
- (¹⁰) Bifogas endast om nödvändigt. Om så är fallet, sätt ett kryss i rutan.
- (¹¹) För institutioner i Nederländerna och Schweiz och om det är en blankett som kan återsändas.

UNDERRÄTTELSE OM INNEHÅLLANDE ELLER INDRAGNING
AV RÄTT TILL SJUK- OCH MODERSKAPSFÖRMÄNER

Personer som är bosatta i annan stat än den behöriga staten

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 a och 19.2, artikel 25.3 i, artikel 26.1, artikel 28.1 a, artikel 29.1 a
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 17.2 och 17.3, artikel 27, artikel 28, artikel 29.5, artikel 30, artikel 94.4, artikel 95.4

Den behöriga institutionen eller institutionen på bosättningsorten fyller i del A av blanketten och sänder två exemplar till institutionen på bosättningsorten eller den behöriga institutionen (i förekommande fall via förbindelseorganet). Institutionen som mottar blanketten skall fylla i del B och därefter återsända ett exemplar av blanketten till den institution som har utfärdat blanketten.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Underrättelse

1.	Institution till vilken blanketten ställs
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:
2.	<input type="checkbox"/> Anställd <input type="checkbox"/> Gränsarbetare (anställd) <input type="checkbox"/> Egenföretagare <input type="checkbox"/> Gränsarbetare (egenföretagare) <input type="checkbox"/> Arbetslös <input type="checkbox"/> Pensionstagare (försäkring för anställda) <input type="checkbox"/> Pensionstagare (försäkring för egenföretagare) <input type="checkbox"/> Pensionssökande
2.1	Efternamn ⁽²⁾ :
2.2	Förnamn ⁽³⁾ : Födelsedatum:
2.3	Tidigare efternamn:
2.4	Adress i bosättningslandet:
2.5	Personnummer eller motsvarande ⁽⁴⁾ :
3.	Familjemedlem ⁽⁵⁾
3.1	Efternamn ⁽²⁾ :
3.2	Förnamn ⁽³⁾ : Födelsedatum:
3.3	Tidigare efternamn:
3.4	Adress i bosättningslandet:
3.5	Personnummer eller motsvarande:

4. Rätten till förmåner i enlighet med vår er blankett..... daterad den har innehållits eller dragits in av följande orsak:
- 4.1 Försäkringen för ovanstående person löpte ut den
- 4.2 Ingen av den försäkrades registrerade familjemedlemmar har bott i vårt ert land sedan
- 4.3 Ovanstående pensionstagares pension har innehållits eller dragits in fr.o.m.
- 4.4 Den försäkrade som anges under punkt 2
eller
- den familjemedlem som anges under punkt 3
- har inte bott i ert vårt land sedan (datum)
- avled den (datum)
- 4.5 Den familjemedlem som anges i punkt 3 uppfyller sedan den inte längre villkoren för rätt till förmåner enligt bosättningsstatens lagstiftning
- 4.6 (6)

5.	<input type="checkbox"/> Behörig institution	<input type="checkbox"/> Institution på bosättningsorten
5.1	Namn:	
5.2	Institutionens identifieringsnummer:	
5.3	Adress:	
5.4	Stämpel	Datum:
	5.5	5.6 Underskrift:

B. Mottagningsbevis

6. Vi mottog underrättelse enligt ovan (del A) den (datum).
7. Den person/de personer som anges i del A avregistrerades den (datum).
- Vi bekräftar att rätten till förmåner innehållits eller dragits in enligt punkt 4 fr.o.m. den (datum).

8.	<input type="checkbox"/> Behörig institution	<input type="checkbox"/> Institution på bosättningsorten
8.1	Namn:	
8.2	Institutionens identifieringsnummer:	
8.3	Adress:	
8.4	Stämpel	Datum:
	8.5	8.6 Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som först fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) För italienska institutioner ange skattenummer (*codice fiscale*).
För maltesiska institutioner, ange ID-kortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare.
För slovakiska institutioner ange eventuellt slovakiskt födelsenummer.
För spanska institutioner ange för spanska medborgare numret på det nationella identitetskortet (DNI), för utländska medborgare, anges NIE-numret. Om giltighetstiden för DNI eller NIE löpt ut anges "Saknas".
- (⁵) Fylls i om innehållandet eller indragningen av rätten till förmåner rör familjemedlemmar.
- (⁶) Orsaken till innehållandet/indragningen anges med en av nedanstående bokstäver:
a) Pensionsinnehavaren har börjat arbeta i bosättningslandet.
b) En familjemedlem har börjat arbeta i bosättningslandet.
c) Underlåtenhet att betala egenavgifter.
d) Annan orsak.
-

INTYG FÖR REGISTRERING AV EN FÖRSÄKRADS FAMILJEMEDLEMMAR OCH FÖR UPPDATERING AV LISTOR

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.2
Förordning (EEG) nr 574/74: artikel 17.1, 17.2, 17.3, och 17.4, artikel 94.4

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten och utfärdar två exemplar till den försäkrade eller sänder dem, i förekommande fall, via förbindelseorganet till institutionen på bosättningsorten om blanketten utfärdas på begäran av denna institution. Om den försäkrades familjemedlemmar är bosatta i Storbritannien eller Nordirland skall den behöriga institutionen sända de två exemplaren till Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne. Institutionen på bosättningsorten fyller i del B på de två mottagna exemplaren och återsänder det ena till den behöriga institutionen. Om familjemedlemmarna är bosatta i olika länder skall ett separat intyg utfärdas för vart och ett av dessa länder.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor, av vilka ingen får utelämnas.

A. Underrättelse om rätt till förmåner

1. Institutionen på bosättningsorten⁽²⁾

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:

1.4 Referens: er E 107-blankett daterad den

2. Den försäkrade personen

2.1 Efternamn⁽³⁾:

2.2 Förnamn⁽⁴⁾: Födelsedatum:

2.3 Tidigare efternamn:

2.4 Adress:

2.5 Personnummer eller motsvarande:

2.6 Den försäkrade är egenföretagare

3. Familjemedlem

3.1 Efternamn⁽³⁾:

3.2 Förnamn⁽⁴⁾: Födelsedatum:

3.3 Tidigare efternamn:

3.4 Adress:

3.5 Personnummer eller motsvarande:

4. Ovannämnda försäkrades familjemedlemmar har rätt till vårdförmåner från sjuk- och moderskapsförsäkring såvida de inte

redan har rätt till sådana förmåner enligt bosättningslandets lagstiftning⁽⁵⁾

utövar förvärvsverksamhet⁽⁵⁾

5. Denna rätt inträder den

6. och fortsätter

6.1 tills det meddelas att detta intyg inte längre är giltigt

6.2 i ett år fr.o.m. det datum som anges under punkt 5⁽⁶⁾

6.3 till det datum då säsongsarbetet upphör, dvs.

6.4 t.o.m. (7)

7. Återsänd det Europeiska sjukförsäkringskort som tillhör den familjemedlem som upptas i punkt 3. Kortet har nummer och är giltigt till

8. Behörig institution

8.1 Namn:

8.2 Institutionens identifieringsnummer:

8.3 Adress:

8.4 Stämpel 8.5 Datum:

8.6 Underskrift:

B. Underrättelse om registrering⁽⁸⁾

9. ⁽⁹⁾

Följande familjemedlemmar har inte registrerats:

	Efternamn ⁽³⁾	Förnamn ⁽⁴⁾	Födelsedatum	Personnummer eller motsvarande
9.1
9.2
9.3
9.4
9.5
9.6
9.7
9.8
9.9
9.10

Orsak

De har inte rätt till förmåner

De har redan rätt till vårdförmåner

Annan orsak

10. ⁽⁹⁾

Följande familjemedlemmar till den försäkrade som nämns under punkt 2 har registrerats:

	Efternamn ⁽³⁾	Förnamn ⁽⁴⁾	Födelsedatum	Personnummer eller motsvarande
10.1
10.2
10.3
10.4
10.5
10.6
10.7
10.8
10.9
10.10	Kostnaderna för dessa förmåner skall bäras av er. Det datum från och med vilket det schablonbelopp som avses i artikel 94 i förordning (EEG) nr 574/72 skall beräknas är			

11.	Europeiska sjukförsäkringskortet
11.1	<input type="checkbox"/> Bifogar det i punkt 7 begärda Europeiska sjukförsäkringskortet med kortnummer:
11.2	<input type="checkbox"/> Ange de åtgärder som skall vidtas med det Europeiska sjukförsäkringskort som utfärdats till den i punkt 3 upptagna familjemedlemmen. Kortet har nummer: och är giltigt till:

12.	Institution på bosättningsorten		
12.1	Namn:		
12.2	Institutionens identifieringsnummer:		
12.3	Adress:		
12.4	Stämpel	12.5	Datum:
		12.6	Underskrift:

Upplysningar till den försäkrade

- a) Denna blankett ger dina familjemedlemmar rätt till vårdförmåner vid sjukdom eller moderskap i bosättningslandet och enligt detta lands lagstiftning om de inte redan har rätt till sådana förmåner enligt denna lagstiftning.
- b) Så snart du mottagit de två exemplaren av denna blankett skall du sända dem till dina familjemedlemmar som omgående skall överlämna dem till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring på bosättningsorten enligt följande:

Belgien: Den *mutualité* som valts.

Tjeckien: *Zdravotní pojišťovna* på bosättningsorten.

Danmark: Kommunkontoret på bosättningsorten.

Tyskland: Den *Krankenkasse* på bosättningsorten som den berörda personen själv har valt.

Estland: *Eesti Haigekassa*.

Grekland: Vanligen det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet), som förser den berörda personen med en "hälsobok" som krävs för att få vårdförmåner.

Spanien: *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social*.

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance maladie*.

Irland: Lokalkontoret för *Health Service Executive*.

Italien: Normalt *Azienda sanitaria locale* som ansvarar för det berörda området.

Cypern: *Υπουργείο Υγείας*, 1448 Lefkosia (hälsoministeriet). Berörda personer kan ansöka om ett cypriotiskt sjukvårdskort, som krävs för att få vårdförmåner vid offentliga sjukvårdsinrättningar.

Lettland: *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*.

Litauen: Lokala patientfonden, institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring.

Luxemburg: *Caisse de maladie des ouvriers*.

Ungern: Behörigt lokalkontor för *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár*.

Malta: *Entitlement Unit, Ministry of Health*, 23, John Street, Valletta.

Nederländerna: En behörig sjukkasse på bosättningsorten.

Österrike: *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.

Polen: Regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* med behörighet på bosättningsorten.

Portugal på fastlandet: *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* på bosättningsorten; **Madeira:** *Centro de Segurança Social da Madeira*, Funchal; **Azorerna:** *Centro de Prestações Pecuniárias* på bosättningsorten.

Slovenien: *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)*.

Slovakien: *Zdravotná poisťovňa* enligt vad den försäkrade personen har valt.

Finland: Folkpensionsanstaltens (*Kansaneläkelaitos*) lokalkontor.

Sverige: Försäkringskassan på bosättningsorten.

Storbritannien: *Department for Work and Pensions, the Pension Service*, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne;

Nordirland: *Department for Social Development, Overseas Benefits Branch*, Block 2, Castle Buildings, Belfast.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavík.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.

Norge: *Det lokale trygdekontor* på bosättningsorten.

Schweiz: *Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG*, Solothurn.

- c) Denna blankett är giltig från och med det datum som anges under punkt 5 och för den period som anges under punkt 6.
- d) Du och dina familjemedlemmar måste underrätta institutionen på bosättningsorten om alla förändrade omständigheter som kan påverka rätten till vårdförmåner, såsom upphörande eller byte av anställning eller om du eller en familjemedlem byter bosättnings- eller vistelseort.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Fylls i endast om blanketten utfärdas på begäran av institutionen på bosättningsorten.
- (3) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (4) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (5) Kryssa i rutan om blanketten skall skickas till en irländsk eller brittisk institution.
- (6) Om blanketten utfärdas av en tysk, fransk, italiensk eller portugisisk institution.
- (7) Om blanketten utfärdas av en grekisk, ungersk eller brittisk institution för anställda eller egenföretagare.
- (8) Om detta intyg utfärdas för att förnya ett tidigare intyg som löpt ut behöver institutionen på bosättningsorten inte fylla i del B.
- (9) Fyll i punkt 9 eller 10 om tillämpligt och sätt ett kryss i motsvarande ruta.
-

INTYG OM FORTSATT RÄTT TILL FÖRMÅNER FRÅN SJUK- OCH MODERSKAPSFÖRSÄKRING

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 22.1 b i, artikel 22.1 c i, artikel 22.3, artikel 22 a, artikel 31

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 22.1 och 22.3, artikel 23, artikel 31.1 och 31.3

Den behöriga institutionen eller institutionen på den försäkrades, pensionstagarens eller familjemedlemmens bosättningsort skall utfärda denna blankett till den försäkrade, pensionstagaren eller familjemedlemmen. Om den försäkrade eller pensionstagaren skall åka till Storbritannien skall ett exemplar också skickas till Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av två sidor, av vilka ingen får utelämnas.

1.	<input type="checkbox"/> Försäkrad	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till den försäkrade
	<input type="checkbox"/> Egenföretagare	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en egenföretagare
	<input type="checkbox"/> Pensionstagare (anställd)	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en pensionstagare (anställd)
	<input type="checkbox"/> Pensionstagare (egenföretagare)	<input type="checkbox"/> Familjemedlem till en pensionstagare (egenföretagare)
1.1	Efternamn ⁽²⁾	
1.2	Förnamn ⁽³⁾	Födelsedatum:
1.3	Tidigare efternamn:	
1.4	Adress i det behöriga landet:	
1.5	Adress i det land till vilket den berörda personen skall bege sig:	
1.6	Personnummer eller motsvarande ⁽⁴⁾ :	
2.	Ovannämnda person har fortsatt rätt till vårdförmåner	
	<input type="checkbox"/> från sjuk- och moderskapsförsäkring	<input type="checkbox"/> från olycksfallsförsäkring för olycksfall utanför arbetet ⁽⁵⁾
	i (land) dit han/hon skall bege sig	
2.1	<input type="checkbox"/> för att bosätta sig	
2.2	<input type="checkbox"/> för att få medicinsk behandling vid eller annan liknande inrättning på annan ort om det är medicinskt nödvändigt för denna behandling.	
2.3	<input type="checkbox"/> för att sända biologiska prover för analys utan att den berörda personen behöver närvara.	
3.	Dessa förmåner kan utges på grundval av detta intyg fr.o.m. t.o.m.	
4.	Utlåtandet från vår undersökande läkare	
4.1	<input type="checkbox"/> bifogas denna blankett i ett slutet kuvert	
4.2	<input type="checkbox"/> sändes den till ⁽⁷⁾	
4.3	<input type="checkbox"/> sänds av oss på begäran	
4.4	<input type="checkbox"/> har inte utfärdats	
5.	Behörig institution	
5.1	Namn:	
5.2	Institutionens identifieringsnummer:	
5.3	Adress:	
5.4	Stämpel	5.5 Datum:
		5.6 Underskrift:

Upplysningar till den berörda personen

Du skall så snart som möjligt skicka denna blankett till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring på den ort dit du skall bege dig, enligt följande:

Belgien: den *mutualité* du valt.

Tjeckien: den *Zdravotní pojišťovna* du valt.

Danmark: vårdgivaren, i regel allmänläkare, som remitterar dig till en specialist.

Tyskland: den *Krankenkasse* du valt.

Estland: *Eesti Haigekassa*.

Grekland: normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade behöver för att kunna få vårdförmåner.

Spanien: de läkare och sjukhus som är anknutna till det spanska socialförsäkringssystemet. Blanketten skall lämnas in tillsammans med en fotokopia.

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance-maladie*.

Irland: lokalkontoret för *Health Service Executive*.

Italien: normalt *Azienda sanitaria locale* som ansvarar för det berörda området.

Cypern: *Υπουργείο Υγείας* (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia.

Lettland: *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*.

Litauen: *Teritorė ligonių kasa*, institutioner för sjuk- och moderskapsförsäkring.

Luxemburg: *Caisse de maladie des ouvriers*.

Ungern: vårdgivaren.

Malta: offentliga sjukvårdsinrättningar (läkare, tandläkare, sjukhus, hälsovårdscentraler) som ger medicinsk behandling.

Nederländerna: behörig sjukförsäkring på bosättningsorten, eller om det är fråga om en tillfällig vistelse, *Agis zorgverzekering*, Utrecht.

Österrike: behörig *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.

Polen: regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* på bosättnings- eller vistelseorten.

Portugal: på fastlandet: *Administração Regional de Saúde* på bosättnings- eller vistelseorten; **Madeira:** *Centro de Saúde* på vistelseorten; **Azorerna:** *Centro de Saúde* på vistelseorten.

Slovenien: regionalkontoret för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* på vistelse- eller bosättningsorten.

Slovakien: det *zdravotná poisťovňa* som den försäkrade valt.

Finland: Folkpensionsanstaltens (*Kansaneläkelaitos*) lokalkontor. Blanketten måste visas för den hälsovårdscentral eller det allmänna sjukhus som ger medicinsk behandling.

Sverige: Försäkringskassan. Blanketten skall uppvisas för vårdgivaren.

Storbritannien: nationella hälsovårdsinrättningar (läkare, tandläkare, sjukhus osv.) som ger medicinsk behandling.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.

Norge: *lokale trygdekontor*.

Schweiz: *Institution commune LAMal - Istituzione comune LAMal - Gemeinsame Einrichtung KVG, Solothurn*. Blanketten skall lämnas till den läkare eller det sjukhus som ger medicinsk behandling.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (3) Ange förnamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (4) Om familjemedlemmen inte har något personnummer eller motsvarande skall den försäkrades nummer anges.
- (5) Ifylls av franska institutioner för egenföretagare inom jordbrukssektorn.
- (6) Skall fyllas i om detta är möjligt.
- (7) Namn och adress till den institution till vilken läkarutlåtandet har sänts.

ANSÖKAN OM KONTANTFÖRMÅNER VID ARBETSOFORMÅGA

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 b, artikel 22.1 a ii, artikel 25.1 b, artikel 52 b, artikel 55.1 a ii
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 18.2 och 18.3, artikel 24, artikel 26.5 och 26.7, artikel 61.2 och 61.3, artikel 64

Om blanketten utfärdas för en försäkrad i aktiv sysselsättning skall ett exemplar fyllas i och sändas till den institution som är behörig för sjuk- och moderskapsförsäkring eller för försäkring för olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar. Om blanketten utfärdas för en arbetslös person skall ytterligare två exemplar fyllas i av vilka det ena skall sändas till den institution som är behörig för arbetslöshetsförsäkring och det andra till motsvarande institution i det land till vilket den arbetslöse begett sig för att söka anställning.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

1.	Behörig institution
1.1	Namn:
1.2	Adress:

1.3	Institutionens identifieringsnummer:

2.	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Egenföretagare	<input type="checkbox"/> Arbetslös
2.1	Efternamn ⁽²⁾ :	Efternamn vid födseln (om annat):	
2.2	Förnamn:	Födelsedatum:	
2.3	Personnummer eller motsvarande:		
2.4	har en E 119-blankett daterad den ⁽³⁾ och en E 303-blankett daterad den ⁽³⁾		

3.	Arbetsgivare ⁽⁴⁾
3.1	Namn eller företagsnamn:
3.2	Adress:

A. ⁽⁵⁾ Ansökan om förmåner

4.	Personen som nämns under punkt 2 ansökte den (datum) om kontantförmåner för		
	<input type="checkbox"/> behandling fr.o.m. t.o.m. (datum) på sjukhus eller vid hälsovårds- eller rehabiliteringscenter ⁽⁶⁾		
	<input type="checkbox"/> arbetsoförmåga på grund av		
4.1	<input type="checkbox"/> sjukdom	<input type="checkbox"/> moderskap (beräknat förlossningsdatum:	
	<input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet	<input type="checkbox"/> olycksfall som inträffade den (datum)	
	<input type="checkbox"/> arbetssjukdom	<input type="checkbox"/> adoption	<input type="checkbox"/> reducerad ersättning vid moderskap och adoption

5. Intyg från behandlande läkare
 bifogas kunde inte tillhandahållas

6. Enligt vår undersökande läkare vars utlåtande bifogas
 vars utlåtande kommer att sändas till er så snart som möjligt
- 6.1 började arbetsförmågan den
och beräknas vara t.o.m.
- 6.2 föreligger ingen arbetsförmåga⁽⁷⁾

7. Den berörda personen bedöms av följande skäl inte ha uppfyllt bestämmelserna i vår lagstiftning:
.....
.....

8. Arbetsförmågan orsakades troligen av ett olycksfall för vilket tredje part var ansvarig.
- 8.1 Arbetsförmågan orsakades av andra särskilda omständigheter som beskrivs i bifogad dokumentation.
- 8.2 Till denna blankett bifogas en rapport om olycksfallet med uppgift om adress till berörd tredje part.
- 8.3 Övrig dokumentation om anledningen till arbetsförmågan bifogas denna blankett.
9. Vi är beredda att för er räkning betala ut kontantförmåner till den berörda personen. Vänligen meddela oss om ni godkänner detta tillvägagångssätt och meddela oss i så fall alla nödvändiga uppgifter för utbetalning av förmånerna.⁽⁸⁾
10. Vi är inte beredda att för er räkning betala ut kontantförmåner till den berörda personen.

B. ⁽⁹⁾ Förlängning av arbetsförmågan

11. Med hänvisning till
- 11.1 er E 115-blankett daterad den (datum)
- 11.2 er E 117-blankett daterad den (datum)
- 11.3 vill vi upplysa er om att enligt vår undersökande läkare
 vars utlåtande bifogas
 vars utlåtande kommer att sändas till er så snart som möjligt
beräknas personen som nämns under punkt 2 vara arbetsförmögen t.o.m.

12. Institution på bosättnings- eller vistelseorten
- 12.1 Namn:
- 12.2 Institutionens identifieringsnummer:
- 12.3 Adress:
.....
- 12.4 Stämpel 12.5 Datum:
12.6 Underskrift:
.....

Upplysningar till berörda personer

För Italien: Blanketten lämnas till lokalkontoret för *Istituto nazionale della previdenza sociale* (INPS) om det gäller sjukdom eller moderskap, och till *Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro* (INAIL) om det gäller olycksfall i arbetet eller arbetsjukdom.

För Nederländerna: Blanketten skickas till UWV, Postbus 57002, 1040 CC Amsterdam om det inte är känt vilken den behöriga sjukförsäkringskassan är.

För Slovenien: Blanketten skickas till *Center za socialno delo Ljubljana Bežigrad, Centralna enota za starševsko varstvo in družinske prejemke* om det gäller kontantförmåner vid moderskap, och till behörigt regionalkontor vid *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* om det gäller arbetsoförmåga.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution finns som utfärdar intyget: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (³) Fylls i endast om den berörda personen är arbetslös.
- (⁴) Om den berörda personen är arbetslös, ange senaste arbetsgivare.
- (⁵) Fyll i antingen del A eller del B och sätt ett kryss i den ruta som motsvarar den del som fyllts i.
- (⁶) För personer med tysk, österrikisk eller belgisk försäkring: om socialförsäkringsinstitutionen på bosättningsorten inte känner till exakt utskrivningsdatum från sjukhus när blanketten fylls i skall blanketten så snart det är möjligt kompletteras med denna uppgift.
- (⁷) Vänligen bifoga en kopia av den E 118-blankett som skickats till den berörda personen.
- (⁸) Om blanketten skickas till en tysk, italiensk, ungersk eller polsk institution behöver rutan inte kryssas i.

LÄKARUTLÅTANDE OM ARBETSOFORMÅGA
(SJKDOM, MODERSKAP, OLYCKSFALL I ARBETET, ARBETSSJKDOM)

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 b, artikel 22 a II, 1 b ii, 1 c ii, artikel 25.1 b, artikel 52 b, artikel 55.1 a ii, 55.1.b ii och 55.1.c ii
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 18.2 och 18.3, artikel 24, artikel 26.5 och 26.7, artikel 61.2 och 61.3, artikel 64, artikel 65.2 och 65.4

Fylls i av läkaren för den institution som utfärdar blankett E 115 och bifogas nämnda blankett samt skickas i slutet kuvert vid fall av sjukdom eller moderskap ⁽²⁾.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

1.	Behörig institution till vilken blanketten ställs
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:
1.4	Referens: er E 116-blankett daterad den (datum)
2.	Bifogas en E 115-blankett daterad den (datum)
3.	Berörd person
3.1	Efternamn ⁽³⁾ :
3.2	Efternamn vid födseln (om annat):
3.3	Förnamn: Födelsedatum:
3.4	Adress i bosättningslandet:
3.5	Personnummer eller motsvarande:
4.	Jag undertecknad, legitimerad läkare, har undersökt ovanstående person den
4.1	och anser att det rör sig om <input type="checkbox"/> ett fall av sjukdom <input type="checkbox"/> ett fall av moderskap (beräknat förlossningsdatum:)
4.2	att det troligen rör sig om <input type="checkbox"/> ett olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> en arbetssjukdom <input type="checkbox"/> ett olycksfall
4.3	<input type="checkbox"/> ett återfall eller en försämring

A. Allmänt utlåtande

5. Skall alltid fyllas i

5.1 Anamnes och nuvarande symtom:

5.2 Klinisk undersökning:

5.3 Övriga iakttagelser:

5.4 Särskilda undersökningar⁽⁴⁾:

5.5 Diagnos:

5.6 Slutsatser:

5.7 Den berörda personen har inte befunnits vara arbetsförmögen

5.8 Den berörda personen har befunnits vara arbetsförmögen
fr.o.m. t.o.m.

5.9 Den berörda personen har befunnits vara partiellt arbetsförmögen med
(..... %) fr.o.m. t.o.m.⁽⁵⁾

5.10 Den berörda personen kommer att undersökas ytterligare den

5.11 Den berörda personen bör vara arbetsför den

B. Utlåtanden vid olycksfall i arbetet

6. Första läkarutlåtande

6.1 Detta olycksfall har medfört följande skador⁽⁶⁾:

6.2 Dessa skador har fått kommer att få nedanstående konsekvenser⁽⁷⁾

6.3 Arbetsförmågan började den

6.4 Den skadade behandlas

i hemmet på läkarmottagning

på sjukhus på annan plats

Adress⁽⁸⁾:

7. Sista läkarutlåtande

7.1 Behandlingen avslutades den:

7.2 Skadornas stabiliserades den:

7.3 med fullständigt tillfrisknande7.4 och kommer troligen att få följande konsekvenser:

.....

.....

.....

7.5 Detaljerad beskrivning av den skadades tillstånd efter tillfrisknande eller efter avslutad läkarbehandling:

.....

.....

.....

.....

8. Institution på bosättnings- eller vistelseorten:

8.1 Namn:

8.2 Institutionens identifieringsnummer:

8.3 Adress:

.....

8.4 Stämpel

8.5 Datum:

8.6 Underskrift:

.....

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Blankett E 116 krävs inte för ansökningar om moderskapsförmåner som betalas ut av Belgien. För Belgien skall denna blankett alltid skickas först till den belgiska institution som är behörig vad gäller sjukförsäkring. I Tjeckien, Liechtenstein, Finland, Norge och Sverige fylls blanketten i av den läkare som den berörda personen besöker. Blanketten vidimeras sedan av försäkringsinstitutionen.
- (³) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Ange typ av undersökning och datum.
- (⁵) För norska institutioner.
- (⁶) Ange skadornas typ och art och vilken kroppsdel som skadats: armfraktur, krosskada på huvud eller fingrar, invärtes skador, asfyxi etc.
- (⁷) Ange säkra eller sannolika konsekvenser av de fastställda skadorna: död, bestående eller tidsbegränsad arbetsförmåga (total eller partiell). Vid tidsbegränsad arbetsförmåga anges beräknad varaktighet.
- (⁸) Om den skadade behandlas på sjukhus anges sjukhusets namn.

BEVILJANDE AV KONTANTFÖRMÅNER VID MODERSKAP OCH ARBETSOFORMÅGA

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 b, artikel 22.1 a ii, artikel 25.1 b, artikel 52 b, artikel 55.1 a ii
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 18.6 och 18.8, artikel 24, artikel 26.7, artikel 61.6 och 61.8, artikel 64

Den behöriga institutionen fyller i denna blankett och skickar den till institutionen på bosättnings- eller vistelseorten. Den behöriga institutionen skall även informera arbetstagaren om kontantförmåner utbetalas av institutionen på bosättningsorten.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av två sidor.

1.	Institutionen på bosättnings- eller vistelseorten
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:

2. Referens: er E 115-blankett daterad den (datum)

3.	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Egenföretagare	<input type="checkbox"/> Arbetslös
3.1	Efternamn ⁽²⁾ :	Efternamn vid födseln (om annat):	
3.2	Förnamn:	Födelsedatum:	
3.3	Adress i bosättnings- eller vistelselandet:		
3.4	Personnummer eller motsvarande:		

4. Den person som anges under punkt 3

4.1 har preliminärt rätt till kontantförmåner
fr.o.m. t.o.m., med möjlighet till förlängning

4.2 har inte rätt till kontantförmåner
Anledning: se bifogad E 118-blankett.

4.3 har inte längre rätt till kontantförmåner fr.o.m. (datum)
Anledning: se bifogad E 118-blankett.

5. Dessa förmåner kommer att utbetalas⁽³⁾

5.1 av oss

5.2 av er för vår räkning⁽⁴⁾

5.3 av arbetsgivaren⁽⁵⁾

fr.o.m. t.o.m.⁽⁶⁾

6.	⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾
6.1	Förmånen skall utbetalas för alla veckodagar utom <input type="checkbox"/> måndag <input type="checkbox"/> tisdag <input type="checkbox"/> onsdag <input type="checkbox"/> torsdag <input type="checkbox"/> fredag <input type="checkbox"/> lördag <input type="checkbox"/> söndag
6.2	Förmånens uppgår per dag till ⁽⁹⁾ netto om den försäkrade personen inte vistas på sjukhus ⁽⁹⁾ netto om den försäkrade personen vistas på sjukhus
6.3	<input type="checkbox"/> Om förmånen utbetalas månadsvis skall antalet dagar som ersätts vara 30, oavsett antalet dagar i månaden

7. Vänligen underrätta oss så snart som möjligt om resultatet av
- 7.1 undersökning⁽¹⁰⁾:
- 7.2 administrativa kontroller:
- 7.3 ytterligare läkarundersökning, som skall utföras omkring den (datum)

8. Behörig institution

- 8.1 Namn:
- 8.2 Institutionens identifieringsnummer:
- 8.3 Adress:
.....
- 8.4 Stämpel
- 8.5 Datum:
- 8.6 Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Ange fullständigt namn i den ordning namnen anges på ID-kort eller i pass.
- (3) Behöver inte fyllas i för arbetslösa för vilka en E 119-blankett har utfärdats.
- (4) Här kan den behöriga institutionen ange betalningsmetod.
- (5) Om blanketten skickas till en fransk, polsk, italiensk eller ungersk institution behöver rutan inte kryssas i.
- (6) Fylls i av danska, tyska, luxemburgska, polska, ungerska och slovakiska institutioner.
- (7) Fylls i av tyska, luxemburgska, polska, slovakiska och spanska institutioner.
- (8) Fylls i endast i de fall som anges under punkt 5.2.
- (9) Ange beloppet i nationell valuta.
- (10) Ange typ av begärd läkarundersökning (röntgen, analys etc.).

UNDERRÄTTELSE OM ATT ARBETSOFORMÅGA INTE ERKÄNNES ELLER ATT ARBETSOFORMÅGA HAR UPPHÖRT

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 19.1 b, artikel 22.1 a ii, 22.1 b ii och 22.1 c ii, artikel 25.1 b, artikel 52 b, artikel 55.1 a ii, 55.1 b ii och 55.1 c ii
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 18.4 och 18.6, artikel 24, artikel 26.5 och 26.7, artikel 61.4 och 61.6, artikel 64

Om denna blankett avser en försäkrad i aktiv sysselsättning skall institutionen på bosättnings- eller vistelseorten (eller den behöriga institutionen) utfärda två exemplar, av vilka det ena skall sändas till den försäkrade själv och det andra till institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring eller till institutionen för försäkring för olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar i det behöriga landet (på bosättnings- eller vistelseorten). Om blanketten avser en arbetslös person skall det, förutom de ovan nämnda exemplaren (av vilka det ena skall sändas till den arbetslöse själv), dessutom utfärdas ytterligare två exemplar av vilka det ena skall sändas till den behöriga institutionen för arbetslöshetsförsäkring och det andra till institutionen i det land till vilket den arbetslöse begett sig för att söka arbete.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av två sidor och en bilaga på tre sidor.

1.	Den försäkrade	
1.1	Efternamn:	Efternamn vid födseln (om annat):
1.2	Förnamn:	Födelsedatum:
1.3	Adress i bosättnings- eller vistelselandet:	
1.4	Personnummer eller motsvarande:	

2.	<input type="checkbox"/> Behörig institution	<input type="checkbox"/> Institution på bosättnings- eller vistelseorten
2.1	Namn:	
2.2	Institutionens identifieringsnummer:	
2.3	Adress:	

3. De uppgifter vi erhållit
- Den undersökning som utfördes av vår läkare den (datum)
visar att
- 3.1 din arbetsförmåga endast är partiell
- 3.2 du är berättigad till partiella kontantförmåner till ett belopp av (2)
fr.o.m. t.o.m. (datum)
- 3.3 att du är arbetsför
- 3.4 att din arbetsförmåga upphörde den (3)
- 3.5 Den sista dag för vilken du erhåller kontantförmåner är
- 3.6 Den behöriga institutionen skall besluta om sista dag för vilken du erhåller kontantförmåner.
- 3.7 Du har inte rätt till förmåner på grund av

4.	<input type="checkbox"/> Institution på bosättnings- eller vistelseorten	<input type="checkbox"/> Behörig institution
4.1	Namn:	
4.2	Institutionens identifieringsnummer:	
4.3	Adress:	
4.4	Stämpel	4.5 Datum:
		4.6 Underskrift:

Upplysningar till anställd, egenföretagare eller arbetslös

Om du inte godtar det beslut om vilket du underrättas genom denna handling kan du överklaga det. Upplysningar om överklagande och tidsfrister för detta finns i bilagan. I fråga om förfaranden och tidsgränser skall du följa de anvisningar som gäller för den behöriga staten.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Denna upplysning lämnas endast om den behöriga institutionen fyller i blanketten. Ange om förmånen betalas per dag, vecka eller månad.
- (³) Ange arbetsförmågans sista dag.
-

FÖRFARANDE OCH TIDSFRISTER FÖR ÖVERKLAGANDEN

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 18.4, artikel 61.4

1. Belgien

Om du inte godtar det bifogade beslutet har du rätt att lämna in ett skriftligt överklagande, daterat och undertecknat. Överklagandet skall lämnas eller skickas i rekommenderat brev till den behöriga arbetsdomstolens kansli inom tre månader fr.o.m. det datum då du delgavs beslutet.

Behöriga arbetsdomstolar är följande:

- Om du har hemvist i Belgien: arbetsdomstolen för det distrikt där du har din hemvist.
- Om du inte har eller inte längre har din hemvist i Belgien: arbetsdomstolen för det distrikt där du hade din senaste hemvist eller bosättning i Belgien.
- Om du inte haft hemvist eller varit bosatt i Belgien: arbetsdomstolen för det distrikt inom vilket du senast var anställd i Belgien.

2. Tjeckien

Om du inte godtar det bifogade beslutet har du rätt att, inom tre dagar från det att du mottog underrättelsen, överklaga till den behöriga tjeckiska institution som anges under punkt 2 eller 4 på blanketten. Förfarande och tidsfrist för överklagandet anges i beslutet.

3. Danmark

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du, inom fyra veckor från det att du delgavs beslutet, inlämna ett överklagande till *Den Sociale Ankestyrelse Dagpengeudvalget*, Amaliegade 25, PO Box 3061, 1021 Köpenhamn.

4. Tyskland

Denna officiella handling vinner laga kraft om du inte överklagat den inom tre månader. Överklagandet skall göras skriftligen till följande tyska institution:

Namn:
 Adress:

5. Estland

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du, inom 30 dagar, lämna in ett överklagande till *Eesti Haigekassa*, Lembitu 10, Tallinn 10114.

6. Grekland

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du, inom 30 dagar från det att du delgavs beslutet, överklaga det till:

Namn:
 Adress:

7. Spanien

Du kan, inom en period av 30 arbetsdagar fr.o.m. det datum då du delgavs det bifogade beslutet, överklaga det till följande institution:

Namn:
 Adress:

8. Frankrike

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du, inom en period av två månader fr.o.m. det datum då du delgavs beslutet, överklaga till chefsläkaren vid följande sjukförsäkringskassa:

Namn:
 Adress:

9. Irland

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du lämna överklagan till *Social Welfare Appeals Office*, D'Olier House, D'Olier Street, Dublin 2. En sådan begäran om överklagan skall göras inom 21 dagar från och med det datum då du delgavs beslutet.

10. Italien**Beslut fattade av INPS (*Istituto nazionale della previdenza sociale*) om sjukdom och moderskap**

En försäkrad kan överklaga ett beslut fattat av INPS genom att inge ett administrativt överklagande till den behöriga regionala kommissionen inom 90 dagar från det att han/hon delgivits beslutet.

Därutöver kan den berörda personen överklaga till domstol inom ett år från och med det datum då han/hon delgavs kommissionens beslut, eller efter det att 90 dagar förflutit från det att överklagandet lämnades in om kommissionen då ännu inte fattat något beslut.

Beslut fattade av INAIL (*Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sui lavoro*) om olycksfall i arbetet och arbetssjukdomar

En försäkrad som vill överklaga ett beslut fattat av INAIL kan, inom 60 dagar från det att han/hon delgavs beslutet, genom rekommenderat brev med mottagningsbevis informera INAIL om anledningarna till han/hon anser beslutet vara felaktigt. Vid fall av bestående arbetsförmåga skall den berörda personen ange storleken på den ersättning han/hon anser sig ha rätt till. Ett läkarintyg skall bifogas till stöd för överklagandet i varje enskilt fall.

Om den berörda personen inte har fått svar inom 60 dagar från och med det datum han/hon erhöll mottagningsbeviset, eller om han/hon inte är nöjd med svaret, kan han/hon väcka klagan mot INAIL vid domstol.

Framställan med angivande av skälen till att den försäkrade inte godtar INAILs beslut kan sändas till INAIL, antingen direkt eller via institutionen på bosättnings- eller vistelseorten.

11. Cypern

Om du inte är nöjd med det bifogade beslutet, kan du inom 15 dagar från och med meddelandet om beslutet överklaga det hos ministern för arbetsmarknad och socialförsäkringar. Om du inte är nöjd med ministerns beslut, kan du föra ärendet vidare till Högsta domstolen inom 75 dagar från och med meddelandet om ministerns beslut.

12. Lettland

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du, inom en månad från det att du delgavs beslutet, överklaga till:

Namn:

Adress:
.....
.....

13. Litauen

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du, inom en månad från det att du delgavs beslutet, överklaga till kommissionen för förvaltningstvister.

14. Luxemburg

Om du inte godtar det bifogade beslutet har du rätt att, inom 40 dagar från det att du underrättades om beslutet, lämna in ett överklagande till *Conseil arbitral des assurances sociales*.

15. Ungern

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du begära att den behöriga ungerska institutionen (punkt 2 eller 4 på blankett E 118) fattar ett beslut. Den behöriga institutionens beslut kan överklagas inom 15 dagar från det att du delgavs beslutet.

16. Malta

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du lämna in ett överklagande till *Department of Social Security*, Valletta, inom 30 dagar från det datum beslutet fattades.

17. Nederländerna

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du begära att den behöriga nederländska institutionen (punkt 2 eller 4 på blankett E 118) fattar ett beslut, som kan överklagas, inom en rimlig tidsperiod. Förfarande och tidsfrister specificeras i beslutet.

18. Österrike

Om du inte godtar den bifogade underrättelsen (blankett E 118), kan du begära ett beslut från den behöriga österrikiska institutionen (punkt 2 eller 4 på tidigare nämnda blankett). Institutionen kan informera dig om vilka möjligheter du har att överklaga.

19. Polen

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du överklaga till den *Zakład Ubezpieczeń Społecznych* (ZUS) som är behörig på den ort där arbetsgivaren har sitt säte. För jordbrukare görs överklagan till regionalkontoret vid *Kasa Rolniczego Ubezpieczenia* (KRUS). Regionkontoret fattar beslut om huruvida du har rätt till förmåner och informerar dig om vilka möjligheter du har att överklaga beslutet.

20. Portugal

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du,

- om arbetsförmågan inte erkänts, överklaga till *Comissão Instaladora da Administração Regional de Saude* inom åtta dagar från det att du delgavs beslutet, eller
- om en ansökan om kontantförmåner avslagits på administrativa grunder, överklaga till den lokala behöriga *Tribunal Administrativa de Circulo* inom två månader från det att du delgavs beslutet. Om du har varit bosatt utanför Portugal skall överklagande göras inom fyra månader från det att du delgavs beslutet.

21. Slovenien

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du överklaga det till arbets- och socialdomstolen i Ljubljana, Komenskega 7, inom 30 dagar från det att du delgavs beslutet.

22. Slovakien

Om du vill godta bifogade uppgifter och om inget beslut hittills fattats i fallet kan du begära att det behöriga socialförsäkringskontoret fattar ett beslut. Du kan överklaga till socialförsäkringskontorets huvudkontor inom 15 dagar från det att det lokala kontoret fattat sitt beslut. Huvudkontorets beslut om förmåner är slutgiltigt, du kan dock överklaga hos behörig regional domstol inom två månader från det att beslutet fattats.

I andra ärenden än förmåner kan du överklaga huvudkontorets beslut inom 30 dagar från det att det överlämnats till behörig regional domstol. Socialförsäkringskontorets huvudkontor har följande adress: *Sociálna poisťovňa*, ústredie, ul. 29. augusta č. 8–10, 813 63 Bratislava 1.

23. Finland

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du, inom 30 dagar från det datum då du delgavs beslutet, överklaga antingen till den finska försäkringsinstitution som anges under punkt 2 eller 4 på blankett E 118, eller till den försäkringsinstitution som ligger närmast din bosättningsort och som även den anges under någon av ovanstående punkter.

24. Sverige

Du kan inom två månader från det att du delgavs beslutet överklaga det till den behöriga svenska institution som anges under punkt 2 eller 4 på blankett E 118. Du måste ange varför du anser beslutet vara felaktigt.

25. Storbritannien och Nordirland

Om du inte godtar det bifogade beslutet kan du, inom 28 dagar från det datum då du delgavs beslutet, överklaga till *Pension Service*, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne, respektive till *Northern Ireland Social Security Agency*, Overseas Branch, Belfast.

26. Island

Om du vill bestrida det bifogade beslutet kan du överklaga till riksförsäkringsverket i Reykjavik.

27. Liechtenstein

- a) Sjukförsäkring: om du inte godtar sjukförsäkringskassans beslut kan du begära ett formellt beslut som måste innehålla skäl och upplysningar om hur beslutet fattats. Inom 60 dagar från mottagandet av det formella beslutet kan berörda personer överklaga det till respektive domstol.
- b) Olycksfallsförsäkring: om du inte godtar ett beslut från en institution för olycksfallsförsäkring kan du, inom två månader från det att du mottagit beslutet, begära att institutionen omprövar sitt beslut. Om du inte godtar det formella beslutet kan du, inom två månader från det att du delgavs beslutet, överklaga det till respektive domstol. Detta gäller även för beslut från institutioner för olycksfallsförsäkring rörande ovan nämnda begäran om omprövning.

28. Norge

Ett överklagande av ett norskt beslut måste skickas till den institution som anges under punkt 2 eller 4 på blankett E 118 inom sex veckor från det datum då du delgavs beslutet.

29. Schweiz

Om du vill överklaga det bifogade beslutet kan du lämna en invändning till institutionen inom 30 dagar från det att du delgavs beslutet. I beslutet om invändningen anges vilka metoder och tidsfrister som gäller för överklagan.



INTYG OM RÄTT TILL VÄRDFÖRMÅNER FÖR PENSIONSSÖKANDE
OCH DERAS FAMILJEMEDLEMMAR

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 26.1

Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 28

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten och skickar två exemplar till den berörda personen som sedan skall lämna in dem till institutionen på sin bosättningsort. När institutionen på bosättningsorten fått de två exemplaren fyller den i del B och skickar tillbaka det ena till den institution som anges under punkt 6. I förekommande fall skall de två exemplaren först skickas till den institution som skall fylla i punkterna 5 och 6.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

A. Underrättelse om rätt till förmåner

1.	Institution på bosättningsorten (2)
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:
1.4	Referens: er E 107-blankett daterad den

2.	Pensionssökande	
2.1	Efternamn (3):	Efternamn vid födseln (om annat):
2.2	Förnamn:	Födelsedatum:
2.3	Adress i bosättningslandet:	
2.4	Personnummer eller motsvarande:	

3.	Fylls i av den institution till vilken ansökan om pension lämnats in
3.1	Ovannämnda sökande lämnade den (datum) in en ansökan om pension
	<input type="checkbox"/> på grund av ålder <input type="checkbox"/> på grund av invaliditet <input type="checkbox"/> i egenskap av efterlevande
	<input type="checkbox"/> på grund av olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> på grund av arbetssjukdom
3.2	<input type="checkbox"/> Utredningen av denna ansökan har visat att den berörda personen har rätt till pension från oss.

4.	Institution som fyller i punkt 3		
4.1	Namn:		
4.2	Institutionens identifieringsnummer:		
4.3	Adress:		
4.4	Stämpel	4.5	Datum:
		4.6	Underskrift:

5. Fylls i av den institution till vilken pensionsansökan lämnades in eller av institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring i det land i vilket ansökan lämnades in

5.1 Den utredande institutionens identifieringsnummer:

5.2 Den sökande som anges under punkt 2 och dennes familjemedlemmar har rätt till vårdförmåner från sjuk- och moderskapsförsäkringen

5.3 fr.o.m. tills detta intyg inte längre är giltigt

5.4 under ett år fr.o.m. (datum)

6. Institution som fyller i punkt 5

6.1 Namn:

6.2 Institutionens identifieringsnummer:

6.3 Adress:

6.4 Stämpel

6.5 Datum:

6.6 Underskrift:

B. Underrättelse om registrering har skett eller inte

7. (4)

7.1 Den pensionssökande som anges under punkt 2 och dennes familjemedlemmar kunde inte registreras på grund av

8. (4)

8.1 Den person som anges under punkt 2 och dennes familjemedlemmar registrerades den (datum)

9. Registrerade familjemedlemmar

9.1	Efternamn ⁽³⁾	Förnamn	Kön	Födelsedatum	Personnummer eller motsvarande
			K M		
9.2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.8	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

10. Institution på bosättningsorten

10.1 Namn:

10.2 Institutionens identifieringsnummer:

10.3 Adress:

10.4 Stämpel

10.5 Datum:

10.6 Underskrift:

Upplysningar till den försäkrade

- a) Detta intyg ger dig och dina familjemedlemmar rätt att få vårdförmåner vid sjukdom och moderskap i ert bosättningsland.
- b) Du skall så snart som möjligt skicka in de två exemplaren av denna blankett till någon av följande försäkringsinstitutioner:
- Belgien:** den *mutualité* som du valt.
- Tjeckien:** *Zdravotní pojišťovna* på bosättningsorten.
- Cypern:** *Υπουργείο Υγείας* (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia. Berörda personer kan ansöka om ett cypriotiskt sjukvårdskort, som krävs för att få vårdförmåner vid offentliga sjukvårdsinrättningar.
- Danmark:** *kommunkontoret* på bosättningsorten.
- Tyskland:** *Krankenkasse* på bosättningsorten.
- Grekland:** normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade behöver för att kunna få vårdförmåner.
- Spanien:** *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* på bosättnings- eller vistelseorten. Om du är i behov av förmåner kan du vända dig till läkare och sjukhus som är anslutna till det spanska socialförsäkringssystemet. Blanketten skall lämnas in tillsammans med en fotokopia.
- Estland:** *Eesti Haigekassa*.
- Frankrike:** *Caisse primaire d'assurance maladie*.
- Irland:** den *Health Board* inom vars område förmåner begärs.
- Italien:** *Azienda sanitaria locale* som ansvarar för det berörda området.
- Lettland:** *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*.
- Litauen:** *Teritorinė ligonių kasa*. Medicinsk behandling kan fås utan att man först kontaktar institutionen.
- Luxemburg:** *Caisse de maladie des ouvriers*.
- Ungern:** behörigt regionalkontor för *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár*.
- Malta:** *Ministry of Health*, Valletta.
- Nederländerna:** en behörig sjukkasse på bosättningsorten.
- Österrike:** behörigt *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.
- Polen:** behörigt regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* på bosättningsorten.
- Portugal: på fastlandet:** *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* på bosättningsorten; **Madeira:** *Centro de Segurança Social da Madeira*, Funchal; **Azoreerna:** *Centro de Prestações Pecuniárias* på bosättningsorten.
- Slovenien:** behörigt regionalkontor för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* på bosättningsorten.
- Slovakien:** det *zdravotná poisťovňa* som den försäkrade personen valt.
- Finland:** Folkpensionsanstaltens (*Kansaneläkelaitos*) lokalkontor.
- Sverige:** Försäkringskassan på bosättningsorten. Man kan söka medicinsk behandling (sjukhus, läkare, tandläkare osv.) utan att först kontakta försäkringskassan.
- Island:** *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.
- Liechtenstein:** *Amt für Volkswirtschaft*, Vaduz.
- Norge:** det *lokale trygdekontor* på bosättningsorten.
- Schweiz:** *Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG*, Solothurn.
- c) Du måste upplysa den försäkringsinstitution till vilken du lämnar in blanketten om alla förändrade omständigheter som kan påverka rätten till vårdförmåner, t.ex. beviljande av sökt pension eller din eller familjemedlems byte av bosättnings- eller vistelseort.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Fylls i endast om blanketten utfärdas på begäran av institutionen på bosättningsorten. Om den pensionssökande är bosatt i Storbritannien skall båda exemplaren av blanketten skickas direkt till *Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre*, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (³) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Fyll i punkt 7 eller 8 och sätt ett kryss i motsvarande ruta.

INTYG FÖR REGISTRERING AV PENSIONSTAGARE OCH DERAS FAMILJEMEDLEMMAR
OCH FÖR UPPDATERING AV LISTOR

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 28.1 a, artikel 29.1 a
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 29.1, 29.2 och 29.3, artikel 30.1, artikel 95.4

Den institution som skall utfärda detta intyg enligt artikel 29.2 eller artikel 30.1 i förordning (EEG) nr 574/72 fyller i del A av blanketten och skickar två exemplar till pensionstagaren eller hans/hennes familjemedlem. Om blanketterna begärdes av institutionen på bosättningsorten skickas de direkt dit. I förekommande fall skall de två exemplaren först skickas till den institution som skall fylla i punkterna 6 och 7. När institutionen på bosättningsorten fått de två exemplaren fyller den i del B och skickar tillbaka ett exemplar per pensionstagare eller familjemedlem till den institution som anges under punkt 7.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor.

A. Underrättelse om rätt till förmåner

1.	Institution på bosättningsorten ⁽²⁾
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:
1.4	Referens: er E 107-blankett daterad den

2.	Pensionstagare	
2.1	Efternamn ⁽³⁾ :	Efternamn vid födseln (om annat):
2.2	Förnamn:	Födelsedatum:
2.3	Adress i bosättningslandet:	
2.4	Datum för byte av bosättning:	
2.5	Personnummer eller motsvarande:	
2.6	Pensionstagaren var tidigare	
	<input type="checkbox"/> anställd	
	<input type="checkbox"/> egenföretagare	
	<input type="checkbox"/> gränsarbetare (anställd)	
	<input type="checkbox"/> gränsarbetare (egenföretagare)	
	<input type="checkbox"/> arbetslös	

3.	Fylls i av den institution som ansvarar för utbetalningen av pensionen		
3.1	Ovannämnda person har rätt till pension		
	<input type="checkbox"/> på grund av ålder	<input type="checkbox"/> på grund av invaliditet	<input type="checkbox"/> i egenskap av efterlevande
	<input type="checkbox"/> på grund av olycksfall i arbetet	<input type="checkbox"/> på grund av arbetssjukdom	
3.2	fr.o.m. den:		

4.	Institution som fyller i punkt 3 ⁽⁴⁾		
4.1	Namn:		
4.2	Institutionens identifieringsnummer:		
4.3	Adress:		
4.4	Stämpel	4.5	Datum:
		4.6	Underskrift:

5. Familjemedlem till pensionstagaren

5.1 Efternamn⁽³⁾: Efternamn vid födseln (om annat)⁽³⁾:

 5.2 Förnamn: Födelsedatum:

 5.3 Adress i bosättningslandet:

 5.4 Personnummer eller motsvarande:
 5.5 Datum för byte av bosättning:

6. Fylls i av den institution som ansvarar för utbetalningen av pensionen eller av institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring i det land som ansvarar för utbetalningen av pensionen⁽⁶⁾

6.1 Den utredande institutionens identifieringsnummer:
 6.2 Den person som anges under punkt 2
 Den person som anges under punkt 5
 har rätt till vårdförmåner från sjuk- och moderskapsförsäkringen fr.o.m. den
 6.3 Kostnaderna för de förmåner som utbetalas i bosättningslandet – om den berörda personen inte bor i det behöriga landet – kommer att bäras av oss
 6.4 fr.o.m. tills detta intyg inte längre är giltigt
 6.5 under ett år fr.o.m.⁽⁶⁾
 6.6 Detta intyg upphäver blankett E av den

7. Återsänd det Europeiska sjukförsäkringskort som tillhör den person som upptas i punkt 2 eller punkt 5. Kortet har nummer och är giltigt tilll

8. Institution som fyller i punkt 6⁽⁴⁾

8.1 Namn:
 8.2 Institutionens identifieringsnummer:
 8.3 Adress:

 8.4 Stämpel 8.5 Datum:
 8.6 Underskrift:

B. Underrättelse om registrering har skett eller inte

9. ⁽⁷⁾

9.1 Den person som anges under punkt 2
 Den person som anges under punkt 5
 har inte registrerats
 9.2 eftersom den berörda personen redan har rätt till vårdförmåner enligt lagstiftningen i vårt land
 9.3 av andra anledningar:

10.	<input type="checkbox"/> (?)
10.1	<input type="checkbox"/> Den person som anges under punkt 2 <input type="checkbox"/> Den person som anges under punkt 5 har registrerats
10.2	<input type="checkbox"/> Kostnaderna för dessa förmåner skall bäras av er. Det schablonbelopp som avses i artikel 95 i förordning (EEG) nr 574/72 skall beräknas fr.o.m. den

11.	Europeiska sjukförsäkringskortet
11.1	<input type="checkbox"/> Bifogar det i punkt 7 begärda Europeiska sjukförsäkringskortet med kortnummer
11.2	<input type="checkbox"/> Ange de åtgärder som skall vidtas med det Europeiska sjukförsäkringskort som utfärdats till den i punkt 2 eller punkt 5 upptagna personen. Kortet har nummer och är giltigt till

12.	Institution på pensionstagarens eller familjemedlemmens bosättningsort		
12.1	Namn:		
12.2	Institutionens identifieringsnummer:		
12.3	Adress:		
12.4	Stämpel	12.5	Datum:
		12.6	Underskrift:

Upplysningar till pensionstagaren eller hans/hennes familjemedlem

Du skall så snart som möjligt skicka de två exemplaren av denna blankett till följande försäkringsinstitution:

Belgien: *den mutualité som du valt.*

Tjeckien: *Zdravotní pojišťovna på bosättningsorten.*

Cypern: *Υπουργείο Υγείας (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia. Berörda personer kan ansöka om ett cypriotiskt sjukvårdskort, som krävs för att få vårdförmåner vid offentliga sjukvårdsinrättningar.*

Danmark: *kommunkontoret på bosättningsorten*

Tyskland: *Krankenkasse på bosättningsorten.*

Grekland: *normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade behöver för att kunna få vårdförmåner.*

Spanien: *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social på bosättningsorten.*

Estland: *Eesti Haigekassa.*

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance maladie.*

Irland: *det Health Board-kontor inom vars område förmåner begärs.*

Italien: *den Azienda sanitaria locale som ansvarar för det berörda området.*

Lettland: *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra.*

Litauen: *Teritorinė ligonių kasa'.*

Luxemburg: *Caisse de maladie des ouvriers.*

Ungern: *behörigt regionalkontor för Megyei Egészségbiztosítási Pénztár.*

Malta: *Entitlement Unit, Ministry of Health, 23 St. John Street, Valletta.*

Nederländerna: *en behörig sjukkasse på bosättningsorten.*

Österrike: *behörig Gebietskrankenkasse på bosättningsorten.*

Polen: *behörigt regionalkontor för Narodowy Fundusz Zdrowia på bosättningsorten.*

Portugal: på fastlandet: *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social på bosättningsorten; Madeira: Centro de Segurança Social da Madeira, Funchal; Azorerna: Centro de Prestações Pecuniárias på bosättningsorten.*

Slovenien: *behörigt regionalkontor för Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) på bosättningsorten.*

Slovakien: *det zdravotná poisťovňa som den försäkrade valt.*

Finland: *Folkpensionsanstaltens (Kansaneläkelaitos) lokalkontor.*

Sverige: *Försäkringskassan på bosättningsorten.*

Island: Tryggingastofnun ríkisins, Reykjavík.

Liechtenstein: Amt für Volkswirtschaft, Vaduz.

Norge: det lokale trygdekontor på bosättningsorten.

Schweiz: Institution commune LAMal — Istituzione comune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG, Solothurn

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Fylls i endast om blanketten utfärdas på begäran av institutionen på bosättningsorten. Om pensionstagaren eller hans/hennes familjemedlem är bosatt i Storbritannien skall båda exemplaren av blanketten skickas direkt till *Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne*.
- (3) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (4) I Ungern fylls denna punkt i av institutionen för sjuk- och moderskapsförsäkring.
- (5) I Italien skall punkterna 6 och 7 fyllas i av ASL eller hälsoministeriet.
- (6) Om blanketten utfärdas av en institution i Tyskland, Frankrike, Ungern, Italien eller Portugal och avser en familjemedlem.
- (7) Fyll i punkt 8 eller 9 och sätt ett kryss i motsvarande ruta.

INTYG OM RÄTT TILL VÄRDFÖRMÅNER FRÅN
ARBETSSKADEFÖRSÄKRING

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 52 a, artikel 55.1 a i, 55.1 b i och 55.1 c i
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 60.1, artikel 62.4 och 62.6, artikel 63.1 och 63.3

Om blanketten begärts av institutionen på den försäkrades bosättnings- eller vistelseort genom blankett E 107, skall den skickas till denna institution. I annat fall skall den lämnas till den försäkrade.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

1. Institution på bosättnings- eller vistelseorten⁽²⁾

1.1 Namn:

1.2 Institutionens identifieringsnummer:

1.3 Adress:
.....

1.4 Referens: er E 107-blankett daterad den

2. Försäkrad

2.1 Efternamn⁽³⁾:

2.2 Efternamn vid födseln (om annat):

2.3 Förnamn: Födelsedatum:

2.4 Personnummer eller motsvarande:

2.5 Den försäkrade är anställd
 egenföretagare
 gränsarbetare (anställd)
 gränsarbetare (egenföretagare)
 arbetslös

3. Med anledning av

3.1 upplysningar som lämnats på er E 107-blankett daterad den

3.2 det olycksfall i arbetet som inträffade den
och som fått följande konsekvenser:
.....
.....
.....

3.3 den arbetsjukdom som konstaterades den
och som fått följande konsekvenser:
.....

3.4 det tillstånd vi gett den berörda personen att behålla rätten till värdförmaner
i (land) dit han/hon skall bege sig
 för att bosätta sig för att få medicinsk behandling

4.	Ovannämnda person kan uppbära vårdförmåner för
	<input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet <input type="checkbox"/> arbetssjukdom
4.1	<input type="checkbox"/> för den period som fastställs i lagstiftningen i bosättningslandet
4.2	<input type="checkbox"/> fr.o.m. <input type="checkbox"/> t.o.m.
4.3	<input type="checkbox"/> i högst tre månader
4.4	<input type="checkbox"/> under obegränsad tid

5.	Utlåtande från vår undersökande läkare
5.1	<input type="checkbox"/> bifogas i slutet kuvert
5.2	<input type="checkbox"/> skickades den till (*).....
5.3	<input type="checkbox"/> kan fås av oss på begäran
5.4	<input type="checkbox"/> har inte utfärdats

6.	Behörig institution		
6.1	Namn:		
6.2	Institutionens identifieringsnummer:		
6.3	Adress:		
6.4	Stämpel	6.5	Datum:
		6.6	Underskrift:

Upplysningar till den försäkrade

Du skall så snart som möjligt skicka detta intyg till en försäkringsinstitution i det land till vilket du begivit dig enligt följande:

Belgien:

- för vårdförmåner som utbetalats på grund av sjukdom eller olycksfall utanför arbetet, *den mutualité* du valt.
- för vårdförmåner som utbetalats på grund av arbetssjukdom, *le Fonds des maladies professionnelles*, 1210 Bryssel.

Tjeckien: behörig *Zdravotní pojišťovna*.

Cypern: *Υπουργείο Υγείας* (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia. Berörda personer kan ansöka om ett cypriskt sjukvårdskort, som krävs för att få vårdförmåner vid offentliga sjukvårdsinrättningar.

Danmark: behandling av läkare eller tandläkare kan fås genom allmänläkare eller tandläkare som är anslutna till det offentliga sjukförsäkringssystemet. Personer som behöver akut sjukhusvård kan vända sig direkt till ett offentligt sjukhus.

Tyskland: behörig olycksfallsförsäkringsinstitution på bosättnings- eller vistelseorten.

Grekland: normalt det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). Kontoret utfärdar en "hälsobok" som den försäkrade behöver för att kunna få vårdförmåner.

Spanien: de läkare och sjukhus som är anslutna till det spanska socialförsäkringssystemet. Blanketten skall lämnas in tillsammans med en fotokopia.

Estland: *Eesti Haigekassa*.

Frankrike: *Caisse primaire d'assurance maladie*.

Irland: det *Health Board*-kontor inom vars område förmåner begärs.

Italien:

- för vårdförmåner, det ASL-kontor (*Azienda sanitaria locale*) som ansvarar för det berörda området. För sjömän och flygpersonal inom civilflyget, det kontor för *Ministero della sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea*, som ansvarar för området i fråga.
- för proteser, större hjälpmedel, rättsmedicinska förmåner och läkarundersökningar eller läkarintyg, INAIL-kontoret (*Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro*).

Lettland: *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra.*

Litauen: *Teritorinė ligonių kasa*. Medicinsk behandling kan fås utan att man först kontaktar institutionen.

Luxemburg: *Association d'assurance contre les accidents.*

Ungern: behörigt lokalkontor för *Megyei Egészségbiztosítási Pénztár.*

Malta: *Entitlement Unit, 23 St John Street, Valletta, CMR02.*

Nederländerna: en behörig sjukkasse på bosättningsorten, eller vid tillfällig vistelse, *Agis zorgverzekering*, Utrecht. Läkare, tandläkare eller apotekare kan konsulteras utan att man först kontaktar *Agis zorgverzekering*.

Österrike: behörig *Gebietskrankenkasse* på bosättnings- eller vistelseorten, eller *Allgemeine Unfallversicherungsanstalt*, Wien.

Polen: behörigt regionalkontor för *Narodowy Fundusz Zdrowia* på vistelseorten.

Portugal: *Centro Nacional de Protecção contra os Riscos Profissionais*, Lissabon.

Slovenien: behörigt regionalkontor för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* på bosättnings- eller vistelseorten.

Slovakien: det *zdravotná poisťovňa* som den försäkrade valt.

Finland: Olycksfallsförsäkringsanstalternas förbund (*Tapaturmavakuustulaitosten Liitto*).

Sverige: Försäkringskassan. Medicinsk behandling (sjukhus, läkare, tandläkare osv.) kan sökas utan att man först kontaktar försäkringskassan.

Storbritannien: den sjukvårdsinrättning (läkare, tandläkare, sjukhus osv.) som ger behandling.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft.*

Norge: *lokale trygdekontor.* Medicinsk behandling kan sökas utan att man först kontaktar *trygdekontoret*.

Schweiz: *Caisse nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents — Schweizerische Unfallversicherungsanstalt — Cassa nazionale svizzera di assicurazione in caso di infortunio*, Luzern. Medicinsk behandling (sjukhus, läkare, apotekare osv.) kan fås utan att man först kontaktar denna institution.

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Fylls i endast om blanketten utfärdas på begäran av institutionen på den försäkrades bosättnings- eller vistelseort. Om den försäkrade skall åka till Storbritannien skall ett exemplar också sändas till *Department for Work and Pensions, Pension Service, International Pension Centre*, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne.
- (³) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (⁴) Namn och adress till den institution till vilken läkarutlåtandet har sänts.

ANSÖKAN OM ERSÄTTNING VID DÖDSFALL

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 65
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 78

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

1.	Undertecknad:	
1.1	Efternamn ⁽²⁾ :	Efternamn vid födseln (om annat):
1.2	Förnamn:	Födelsedatum:
1.3	Personnummer eller motsvarande:	
1.4	Institution hos vilken jag är försäkrad ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :	
1.5	Släktskap med den avlidne:	
1.6	Adress:	

2. ansöker härmed om ersättning med anledning av följande persons ⁽⁵⁾ dödsfall:

3.			
3.1	Efternamn:	Efternamn vid födseln (om annat):	
3.2	Förnamn:	Födelsedatum:	
3.3	Personnummer eller motsvarande:		
3.4	Datum för dödsfallet:		
3.5	Dödsorsak:		
	<input type="checkbox"/> sjukdom	<input type="checkbox"/> olycksfall	<input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet
	<input type="checkbox"/> arbetssjukdom	<input type="checkbox"/> handling utförd av tredjeman	<input type="checkbox"/> annan orsak
3.6	Institution hos vilken den avlidne var försäkrad ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ :		

4. Den sökande var var inte ekonomiskt beroende av den avlidne
5. Den avlidne var var inte ekonomiskt beroende av mig
6. Den avlidne var var inte boende mot betalning
- hos den sökande
- på en inrättning där den sökande är chef, anställd eller boende ⁽⁶⁾
7. Den sökande är är inte begravningsentreprenör eller ombud eller företrädare för en sådan ⁽⁶⁾⁽⁷⁾
- Den sökande är är inte en juridisk person enligt civilrätt som mot bakgrund av ett försäkringsavtal har betalat en del av eller hela kostnaden ⁽⁶⁾
8. Begravningskostnaderna uppgick till ⁽⁸⁾ och har betalats av
9. Följande handlingar bifogas:

10. Beloppet utbetalas till mitt konto med IBAN-nummer
 hos (BIC/SWIFT-kod)
 i (9)
11. Datum:
- 11.1 Underskrift:

Anvisningar för den sökande

- a) För att få ersättning vid dödsfall måste du lämna in en ansökan på denna blankett

- antingen till den behöriga försäkringsinstitutionen,
- eller till försäkringsinstitutionen på den ort du är bosatt enligt följande:

Belgien: en *mutualité*.

Tjeckien: *Úřad práce* på bosättnings- eller vistelseorten.

Danmark: *Indenrigs- og Sundhedsministeriet*, Köpenhamn.

Grekland: det regionala eller lokala kontoret för socialförsäkringsinstitutet (IKA).

Spanien: *Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social* på bosättningsorten.

Frankrike: det organ som betalar ut eller skulle utbetalat vårdförmåner från sjukförsäkringen.

Irland: *Department of Social Welfare*, Dublin.

Italien: regionalkontoret för INAIL.

Lettland: *Valsts sociālās apdrošināšanas aģentūra*.

Litauen: *Savivaldybės socialinės paramos skyrius* på bosättnings- eller vistelseorten.

Luxemburg: *Union des caisses de maladie*.

Österrike: behörig *Gebietskrankenkasse* på bosättningsorten.

Polen: det behöriga kontoret för *Zakład Ubezpiecznin Społecznych (ZVS)* på bosättnings- eller vistelseorten, eller för jordbrukare: det behöriga regionalkontoret för *Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS)*, *Zakład Emerytalno-Rentowy Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji*.

Portugal: på fastlandet: *Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social* på bosättningsorten; **Madeira:** *Centro de Segurança Social da Madeira*, Funchal; **Azorerna:** *Centro de Prestações Pecuniárias* på bosättningsorten.

Slovenien: behörigt regionalkontor för *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)* på bosättnings- eller vistelseorten.

Slovakien: *Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny* på den avlidnes bosättnings- eller vistelseort.

Finland: Folkpensionsanstalten (*Kansaneläkelaitos*), Helsingfors.

Sverige: Försäkringskassan på bosättnings- eller vistelseorten.

Estland: *Sotsiaalkindlustusamet*, Tallinn.

Island: *Tryggingastofnun ríkisins*, Reykjavik.

Liechtenstein: *Amt für Volkswirtschaft*.

Norge: *det lokale trygdekontor* på bosättnings- eller vistelseorten.

Schweiz: *Institution commune LAMal – Istituzione comune LAMal – Gemeinsame Einrichtung KVG*, Solothurn.

- b) Tillsammans med ansökan skall följande handlingar bifogas:

- Belgien:** kopia av dödsattesten, utfärdad av den kommunala förvaltningen, kvitterade räkningar för begravningskostnader, alla handlingar som styrker släktskap, släktskap genom äktenskap med den avlidne eller, i förekommande fall, samboende med den avlidne.
- Danmark:** dödsattest, läs noggrant den *vejledning om ansøgning for begravelseshjælp* som kommer att sändas till dig senare.
- Grekland:** dödsattest, hälsobok, försäkringskort och, i förekommande fall, kvitterade räkningar för begravningskostnader.
- Spanien:** dödsattest, intyg som styrker släktskapet eller, om den sökande inte var släkt med den avlidne, kvitterade räkningar för begravningskostnader.
- Frankrike:** i varje fall den försäkrades dödsattest, dessutom, i förekommande fall,
 — om den försäkrade var din make eller maka *fiche familiale*,
 — om du är hans/hennes avkomling (son, dotter, barnbarn osv.) *fiche familiale* som visar ditt släktskap med den avlidne,
 — om du är hans/hennes far, mor, far- eller morförälder, den avlidnes *fiche individuelle*,
 — om du på annat sätt var ekonomiskt beroende av den avlidne, ett lagstadgat intyg som styrker att du faktiskt, helt och stadigvarande försörjdes av den avlidne.

Irland:	dödsattest, i förekommande fall vigselbevis, begravningsentreprenörens räkning eller kostnadsförslag eller, om du betalt begravningskostnaderna, kvittot för dessa.
Italien:	dödsattest, försäkringsregistreringsintyg, i förekommande fall intyg om familjeintyg (<i>stato di famiglia</i>).
Lettland:	dödsattest.
Litauen:	dödsattest.
Luxemburg:	dödsattest, kvitterade räkningar för begravningskostnader, i förekommande fall intyg från kommunal förvaltning som styrker samboende.
Österrike:	dödsattest, kvitterade räkningar för begravningskostnader.
Polen:	dödsattest, räkningar för begravningskostnader i original, intyg från den sökande att ingen liknande förmån har betalats ut.
Portugal:	dödsattest och kvitterade räkningar för begravningskostnader.
Slovenien:	vid ansökan om begravningshjälp: dödsattest eller ett intyg på att den försäkrades död har registrerats, räkning för begravningskostnader i original. för ersättning vid dödsfall: dödsattest eller intyg på att den försäkrades död har registrerats. om det rör sig om make/maka – vigselbevis. om det rör sig om en förälder, måste barnen lämna in en födelseattest och ett intyg på att de är inskrivna vid en skola eller ett universitet (om de har fyllt 18 år). sökande som inte varit försäkrade som familjemedlemmar till den avlidne skall lämna in ett intyg på att den avlidne var underhållsskyldig för dem fram till sin död.
Slovakien:	dödsattest och kvitterade räkningar för begravningskostnader.
Estland:	dödsattest, om den sökande är begravningsentreprenör, en fullmakt från den person som har rätt till ersättningen, om dödsfallet inträffade på estländskt territorium skall en ansökningsblankett bifogas dödsattesten.
Finland:	dödsattest, handlingar som styrker släktskap med den avlidne, om den sökande är begravningsentreprenör, en fullmakt från den person som har rätt till ersättningen.
Sverige:	dödsattest, intyg om dödsorsak.
Liechtenstein:	dödsattest, intyg om dödsorsak, kvitterade räkningar för begravningskostnader.
Norge:	dödsattest.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (3) Anges endast om det rör sig om en arbetstagare, pensionstagare eller pensionssökande.
- (4) Namn och adress.
- (5) För portugisiska institutioner fylls tilläggsidan i.
- (6) Skall fyllas i om ersättningen söks enligt belgisk lagstiftning om den sökande inte är den avlidnes make/maka, släkting eller släkting genom äktenskap till tredje graden.
- (7) Om den sökande är begravningsentreprenör skall en fullmakt från den person som är berättigad till ersättningen bifogas om ersättning söks enligt finsk eller estnisk lagstiftning.
- (8) Ange beloppet i valutan i den sökandes bosättningsland.
- (9) Gäller inte irländska institutioner.

YTTERLIGARE UPPLYSNINGAR
FÖR PORTUGISISKA INSTITUTIONER

1. Make/maka

1.1 Civilstånd

änka/änkling omgift fränskild

1.2 Levde han/hon tillsammans med och var ekonomiskt beroende av den avlidne vid tidpunkten för dödsfallet?

Ja Nej

2. Barn som har rätt till familjebidrag

	Efternamn	Förnamn	Släktskap	Födelsedatum	Funktionshindrat barn
2.1

2.2

2.3

2.4

2.5

2.6



INDIVIDUELL FÖRTECKNING ÖVER FAKTISKA KOSTNADER

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 36.1 och 36.2, artikel 63.1, artikel 87.1
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 93.1, 93.2, 93.4 och 93.5, artikel 105.1

En separat blankett ska fyllas i för varje förmånstagare.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

1. Faktura nr: Första halvåret Andra halvåret av räkenskapsåret 20

2. Behörig institution till vilken blanketten ställs

2.1 Namn:

2.2 Institutionens identifieringsnummer:

2.3 Adress:

3. Förmånstagare

3.1 Efternamn⁽²⁾:

3.2 Efternamn vid födseln (om annat):

3.3 Förnamn: Födelsedatum:

3.4 Försäkringsnummer⁽³⁾:
(a) hos den behöriga institutionen
.....
(b) hos den institution till vilken återbetalning skall ske
.....

3.5 Den försäkrade är
 anställd
 egenföretagare
 gränsarbetare (anställd)
 gränsarbetare (egenföretagare)
 arbetslös

4. Ovannämnda person har mottagit förmåner på grundval av följande handlingar:

4.1 Europeiskt sjukförsäkringskort nr: Sista giltighetsdag:

Intyg som tillfälligt ersätter det europeiska sjukförsäkringskortet:
daterat den: giltigt fr.o.m. t.o.m.

Blankett E daterad den giltig fr.o.m. t.o.m.

4.2 Ovannämnda person har genomgått begärd läkarundersökning den

5. Kostnader		Belopp ⁽⁴⁾	
5.1	För vårdförmåner som utbetalats	fr.o.m.	t.o.m.
	till följd av ⁽⁵⁾	<input type="checkbox"/> sjukdom	<input type="checkbox"/> olycksfall utanför arbetet
			<input type="checkbox"/> olycksfall i arbetet eller arbetssjukdom
5.2	Läkarvård	.....	.....
5.3	Tandvård	.....	.....
5.4	Läkemedel	.....	.....
5.5	Sjukhusvård	fr.o.m. t.o.m. ....	.....
		fr.o.m. t.o.m. ....	.....
5.6	Andra förmåner ⁽⁶⁾
5.7	Vårdförmåner sammanlagt	.....	.....
5.8	Läkarundersökningar ⁽⁷⁾

5.9	För kontantförmåner som utbetalats	fr.o.m.	t.o.m.
5.10	Totala kostnader	.....	.....

6. Institution till vilken återbetalning skall ske

6.1 Namn:

6.2 Institutionens identifieringsnummer:

6.3 Adress:

6.4 Stämpel⁽⁸⁾ 6.5 Datum:

6.6 Underskrift:

7. Fylls i av institutionen i det behöriga landet

ANVISNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.
- (3) Om förmånstagaren är en familjemedlem som är registrerad på basis av blankett E 106, anges den försäkrades försäkringsnummer.
- (4) Ange beloppet i den nationella valutan.
- (5) När blanketten sänds till en institution i Schweiz.
- (6) Ange typ av vårdförmån: förlossningsvård, tandproteser, ortopediska proteser, kurbehandling, ambulans, ytterligare åtgärder för diagnostisering osv.
- (7) Ange typ av läkarundersökningar och kontroller som utförts.
- (8) En blankett som undertecknas och sänds elektroniskt behöver ingen stämpel.
-

ERSÄTTNINGSNIVÅER FÖR ÅTERBETALNING AV VÅRDFÖRMÅNER

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 22.1a i och 22.1 i; artikel 22.3, artikel 22a, artikel 31a, artikel 34a
Förordning (EEG) nr 574/72: artikel 34

Den behöriga institutionen fyller i del A av blanketten i två exemplar och skickar dem, direkt eller via förbindelseorganet, till den institution i vistelselandet som skulle ha utbetalat förmånerna till den berörda personen. Institutionen på vistelseorten fyller i del B av blanketten och skickar därefter tillbaka ett exemplar till den behöriga institutionen.

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av tre sidor.

A. Begäran

1.	Institution till vilken blanketten ställs ⁽²⁾
1.1	Namn:
1.2	Institutionens identifieringsnummer:
1.3	Adress:

2.	<input type="checkbox"/> Förmånstagaren
2.1	Efternamn ⁽³⁾ :
2.2	Efternamn vid födseln (om annat): ...
2.3	Förnamn:
	Födelsedatum:

2.4	Personligt identifieringsnummer:

2.5	Förmånstagaren är/var:
	<input type="checkbox"/> anställd
	<input type="checkbox"/> egenföretagare
	<input type="checkbox"/> gränsarbetare (anställd)
	<input type="checkbox"/> gränsarbetare (egenföretagare)
	<input type="checkbox"/> arbetslös

3. Familjemedlemmar som fått medicinsk behandling:
- 3.1 Efternamn⁽³⁾:
- 3.2 Förnamn:
- 3.3 Personnummer eller motsvarande:
4. Ovanstående person har
- 4.1 under en vistelse i (land)
- 4.2 i (ort)
- 4.3 själv betalat för följande vårdförmåner:
5. Var vänlig ange på bifogade kvitton, separat för varje förmånsslag, det belopp som, enligt den ersättningsnivå som tillämpas av institutionen på vistelseorten, skall återbetalas till den berörda personen. Endast i fråga om Luxemburg anges det belopp han/hon själv skall betala för behandlingen.
6. kvitton bifogas.

7.	Behörig institution		
7.1	Namn:		
7.2	Institutionens identifieringsnummer:		
7.3	Adress:		
7.4	Stämpel	7.5	Datum:
		7.6	Underskrift:

B. Svar

8. kvitton som visar begärda ersättningsnivåer bifogas.
9. Belopp som skall ersättas Ingen ersättning

10.	Kommentarer:		
		
		
		

11.	Institution på vistelseorten		
11.1	Namn:		
11.2	Institutionens identifieringsnummer:		
11.3	Adress:		
11.4	Stämpel	11.5	Datum:
		11.6	Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

- (¹) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (²) Om den institution som skulle ha utbetalat förmånerna inte är känd, kan blanketten sändas till följande förbindelseorgan i vistelselandet:
- Belgien:** *Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI)*, Bryssel.
- Tjeckien:** *CMU* (Centrum för utlandsåterbetalningar), Prag.
- Danmark:** *Indenrigs- og Sundhedsministeriet*, Köpenhamn.
- Tyskland:** *DVKA* (det tyska förbindelseorganet för sjukförsäkring – Utland), Bonn.
- Estland:** *Eesti Haigekassa*.
- Grekland:** det regionala eller lokala IKA-kontoret (socialförsäkringsinstitutet). För sjömän, sjömannens pensionskassa (*NAT*).
- Spanien:** *Instituto Nacional de la Seguridad Social*, Madrid.
- Frankrike:** *Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale*, Paris.
- Irland:** *Department of Health*, Dublin.
- Italien:** *Ministero della Salute*, Rom.
- Cypern:** *Υπουργείο Υγείας* (hälsovårdsministeriet), 1448 Lefkosia.
- Lettland:** *Veselības obligātās apdrošināšanas valsts aģentūra*, Riga.
- Litauen:** *Valstybinė ligonių kasa*, Vilnius.
- Luxemburg:** *Union des Caisses de Maladie*, Luxemburg.
- Ungern:** *Országos Egészségbiztosítási Pénztár*, Budapest.
- Malta:** *Entitlement Unit, Ministry of Health*, 23, John Street, Valletta.
- Nederländerna:** *Agis Zorgverzekerings*, Utrecht.
- Österrike:** *Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger*, Wien.
- Polen:** *Narodowy Fundusz Zdrowia*, Warszawa.
- Portugal:** *Departamento de Relações Internacionais e Convenções de Segurança Social*, Lissabon.
- Slovenien:** *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije-Direkcija*, Ljubljana.
- Slovakien:** *Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou*, Bratislava.

Finland: Folkpensionsanstalten (*Kansaneläkelaitos*), Helsingfors.

Sverige: Försäkringskassan, Stockholm.

Island: Tryggingastofnun ríkisins, Reykjavík.

Liechtenstein: Amt für Volkswirtschaft, Vaduz.

Norge: Rikstrygdeverket, Oslo.

Schweiz: Institution commune LAMal — Gemeinsame Einrichtung KVG — Istituzione comune LAMal, Solothurn.

⁽³⁾ Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.

INDIVIDUELL FÖRTECKNING ÖVER MÅNATLIGA SCHABLONBELOPP

Förordning (EEG) nr 1408/71: artikel 36.1 och 36.2
Förordning (EEG) nr 574/72: artiklarna 94 och 95

Institutionen på bosättningsorten utfärdar denna blankett för ett kalenderår och skickar den till den behöriga institutionen via det organ som utsetts för tillämpningen av artikel 102.2 i förordning (EEG) nr 574/72.

Fyll i blanketten i tre exemplar. Texta och skriv endast på de streckade linjerna. En separat blankett skall fyllas i för varje pensionstagare och för varje familjemedlem till en pensionstagare.

1.	Förteckning nr	för år 20	(2)
----	----------------------	-----------------	-----

2.	Behörig institution
2.1	Namn:
2.2	Institutionens identifieringsnummer:
2.3	Adress:

3.	Rätten till vårdförmåner har förvärvats av
	<input type="checkbox"/> anställd <input type="checkbox"/> pensionstagare
	<input type="checkbox"/> egenföretagare
3.1	Efternamn ⁽³⁾ :
3.2	Efternamn vid födseln (om annat):
3.3	Förnamn:
	Födelsedatum:
3.4	Försäkringsnummer hos den behöriga institutionen:
3.5	Försäkringsnummer hos institutionen till vilken återbetalning skall ske:

4.	Denna individuella förteckning gäller:
4.1	<input type="checkbox"/> familjen till den person som anges under punkt 3 och som är bosatt på följande adress:
4.2	<input type="checkbox"/> den pensionstagare som anges under punkt 3 och som är bosatt på följande adress:
4.3	<input type="checkbox"/> nedan angivna familjemedlem till den pensionstagare som anges under punkt 3
	<input type="checkbox"/> nedan angivna familjemedlem till den person som anges under punkt 3 ⁽⁴⁾
4.3.1	Efternamn ⁽³⁾ :
4.3.2	Förnamn:
	Födelsedatum:
4.3.3	Adress:
4.3.4	Försäkringsnummer hos den behöriga institutionen:
4.3.5	Försäkringsnummer hos den institution till vilken återbetalning skall ske:

5. Rätten till vårdförmåner tillfaller familjemedlemmarna till ovannämnd arbetstagare eller ovannämnd pensionstagare och hans eller hennes familjemedlemmar, med er blankett

E av den (datum)

6. För den period under vilken denna rätt bestod

(fr.o.m. t.o.m.)

- 6.1 uppgick antalet månatliga schablonbelopp

- 6.2 per familj oavsett antal familjemedlemmar och efter en engångstaxa

per pensionstagare eller hans/hennes familjemedlemmar – en individuell E 127-blankett utfärdas för varje person och samma taxa gäller för pensionstagaren och hans/hennes familjemedlemmar

per person⁽⁴⁾

7. Institution till vilken återbetalningen skall ske

7.1 Namn:

7.2 Institutionens identifieringsnummer:

7.3 Adress:

7.4 Stämpel⁽⁵⁾

7.5 Datum:

7.6 Underskrift:

ANMÄRKNINGAR

(1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.

(2) Ange det år då förmånerna utbetalades.

(3) Ange samtliga efternamn i den ordning de anges på ID-kort eller i pass.

(4) Om det rör sig om ett särskilt schablonbeloppssystem.

(5) En blankett som undertecknas och sänds elektroniskt behöver ingen stämpel.